

Legers autonomi

*Om profesjonell autonomi i forandring og behovet for ny
handlingskompetanse*

Christine Dancke



Masteroppgave i sosiologi
Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi

UNIVERSITETET I OSLO

Vår 2008

Forord

Arbeidet med denne oppgaven har bydd på utfordringer utover hva jeg hadde forventet. Forsinkelser i ferdigstillingen av datamaterialet og den påfølgende usikkerheten på hvilke deler av materialet som kunne brukes, gjorde at oppgaven lenge hadde et uklart fokus. I desember '07 vendte jeg tilbake til det opprinnelige utgangspunktet for oppgaven som var profesjonell autonomi og grunnlaget for denne. Oppgaven begynte endelig å ta form, og jeg fant delene i datamaterialet som kunne brukes til å belyse problemstillingen.

Jeg vil takke veilederne mine, Bente Abrahamsen og Fredrik Engelstad, for at de har latt døra stå åpen for meg. Abrahamsen har gitt meg gode, opplysende råd gjennom hele prosessen, og samtalene med Engelstad de siste ukene har vært verdifulle. I tillegg vil jeg takke Arnlaug Leira for oppmuntrende kommentarer på seminarer og ved andre, mer tilfeldige anledninger. Senter for profesjonsstudier ved Høyskolen i Oslo skal også ha takk for kontorplass, læringsressurser, stipend og tilgang på datamateriale.

Oslo, 7. mai 2008

Christine Dancke

Sammendrag

Oppgaven handler om legers erfaring av autonomi i arbeidet. Autonomi betraktes som et definerende kjennetegn ved profesjoner, og omfatter kontroll over organisering av egen praksis. Når det gjelder den enkelte leges erfaring av autonomi handler denne om hvorvidt legen er fri til å utøve skjønn, ta beslutninger og arbeide selvstendig. Undersøkelsen går ut på å studere legers erfaring av autonomi 3 år etter endt utdanning, samt om ulike former for kompetanse har sammenheng med sterk opplevelse av autonomi. Særlig interessant er det å studere leger, fordi flere av de helsepolitiske reformene som har blitt gjennomført de siste tiårene kan ha rammet legenes frihet til å ta beslutninger på bakgrunn av medisinske hensyn alene.

Jeg bruker kvantitative data til å se på hvor autonome legene er, og i hvilken grad ulike former for kompetanse ser ut til å henge sammen med sterk erfaring av autonomi. I oppgaven finnes også teoretiske betraktninger knyttet til hvordan begrepet ”autonomi” kan forstås i en profesjonssosiologisk sammenheng, særlig på individuelt nivå. De kvantitative dataene som brukes i undersøkelsen er hentet fra HiOs StudData-prosjekt. StudData er en longitudinell spørreundersøkelse gjennomført av Senter for profesjonsstudier, hvor studenter som tar profesjonsutdanning mottar spørreskjemaer ved studiestart, studieslutt og henholdsvis 3 og 6 år etter endt utdanning. Legene som har mottatt spørreskjema 3 år etter endt utdanning er enhetene i denne undersøkelsen, og spørsmål fra fire ulike spørsmålsbatterier brukes som mål på autonomi og kompetanse. Det legges til grunn en bred forståelse av kompetanse hvor ulike typer kunnskap og ferdigheter skal benyttes i analysen; de som er relevante for yrkesutøvelsen, samt legenes holdning til kontroll fra staten og internt i profesjonen.

StudData-materialet forteller at legene 3 år etter endt utdanning føler seg svært autonome i arbeidet. Jeg undersøker videre om arbeidssted har sammenheng med sterk opplevelse av autonomi, og finner at sykehusleger opplever å være mindre autonome enn andre leger. Når kompetanse tas inn i analysen endrer dette forholdet seg, og det viser seg at leger med bred kunnskap og relasjonelle ferdigheter har langt større sannsynlighet for å erfare autonomi. Verken legenes holdning til å bli kontrollert utenfra eller medisinsk-teknisk kunnskap synes å påvirke deres erfaring av autonomi.

Funnene i denne undersøkelsen peker i en annen retning enn de fleste andre studier (Burdi & Baker 1999; Lian 2003) og ikke minst teorier (Haug 1973; McKinlay & Stoeckle

1988; Freidson 1970) på feltet, og kan således være vanskelig å forklare. Riktignok er disse tidligere studier og teorier lite egnet for direkte sammenligning med både enhetene og deler av innholdet i min oppgave, men jeg anser det likevel som viktig å sette arbeidet inn i en videre kontekst. Samtidig skal denne oppgaven være et bidrag i diskusjonen om utviklingen av legenes autonomi og forståelsen av profesjonelles autonomi på generell basis. Oppgaven avsluttes dermed ved å se mine resultater i sammenheng med relevante helsepolitiske endringer og gjeldende teorier på feltet.

Figur- og tabelloversikt

Figur 2.1	Positiv og negativ frihet i legens relasjon til ulike aktører	22
Figur 4.1	Fordeling av skårer på variabler som inngår i autonomiindeksen	70
Figur 4.2	Fordeling av bred, generell kunnskap. Prosent, leger	72
Figur 4.3	Fordeling av relasjonelle og instrumentelle ferdigheter. Prosent, leger	74
Figur 5.1	Fordeling av autonomi, leger	77
Figur 5.2	Predikert autonomi etter innsikt i regler og bestemmelser og arbeidssted	94
Figur 5.3	Predikert autonomi etter bred, generell kunnskap	95
Tabell 4.1	Oversikt over paneler og faser i StudData	53
Tabell 4.2	Svarprosent i StudData 1-3 for leger	54
Tabell 4.3	Spørsmålsbatterier brukt for måling av autonomi	56
Tabell 4.4	Korrelasjoner mellom variablene som inngår i autonomiindeksen	58
Tabell 4.5	Deskriptiv statistikk for leger	59
Tabell 4.6	Spørsmålsbatterier brukt for måling av ulike former for kompetanse	61
Tabell 4.7	Faktoranalyse av tilegnet kompetanse for leger	67
Tabell 4.8	Faktorladninger og reliabilitetsmål for yrkesrelevante kunnskaper tilegnet gjennom utdanningen	72
Tabell 4.9	Faktorladninger og reliabilitetsmål for yrkesrelevante ferdigheter tilegnet gjennom utdanningen	73
Tabell 4.10	Faktorladninger og reliabilitetsmål for kommunikasjonsferdigheter	73
Tabell 5.1	Gjennomsnittlig opplevd autonomi for leger på og utenfor sykehus	82
Tabell 5.2	Gjennomsnittlig kompetanse for leger på og utenfor sykehus	85
Tabell 5.3	Korrelasjoner mellom hver enkelt kompetansevariabel og autonomi	89
Tabell 5.4	Lineær regresjon. Autonomi	92

Innhold

Forord	2
Sammendrag	4
Figur- og tabelloversikt	6
Innhold	8
Kapittel 1 Innledning	12
Endret situasjon for legene	13
Sosiologisk relevans	16
Fremgangsmåte	17
Oppgaven videre	18
Kapittel 2 Autonomi	20
Politisk fundert autonomi	21
Positiv og negativ frihet	22
Skjønn som beslutningsautonomi	24
Sykehusleger og andre leger	25
Hva er forskjellene	26
Kapittel 3 Teori og tidligere forskning	29
Del 1: Autonomi og helsepolitikk	29
Tidligere forskning	29
<i>Proletarinseringsteser</i>	32
<i>Deprofesjonaliseringsteser</i>	32
<i>Fortsatt autonomi for legene</i>	34
Implikasjoner for legenes individuelle autonomi	35
Helsepolitiske endringer i Norge	37
<i>Innsatsstyrt finansiering</i>	37
<i>Foretaksorganisering</i>	38
<i>Fastlegeordningen</i>	38
<i>Pasientrettigheter</i>	40
Lege, pasient og tillit	40

Del 2:	Kompetanse: En utvidet forståelse	44
	Kunnskaper	45
	Ferdigheter	46
	Den samlede handlingskompetansen: Handlingsberedskap	47
	<i>Ulik handlingsberedskap for ulike leger</i>	48
	<i>Kan kompetanse styrke erfaringen av autonomi?</i>	49
	Prioritering: Legen som portvakt	50
	Oppsummering	52
	Forskningsspørsmål	52
Kapittel 4	Data og metode	54
	Utvalgsstørrelse	55
	Avhengig variabel	56
	Utvalgets bakgrunn	59
	De uavhengige variablene	61
	<i>Operasjonalisering av kompetanse</i>	62
	<i>Operasjonalisering av arbeidssted</i>	63
	Om subjektive vurderinger	63
	Analysemetoder	66
	Faktoranalyse	67
	Indekser	70
	<i>Autonomi</i>	71
	<i>Yrkesrelevante kunnskaper</i>	72
	<i>Yrkesrelevante ferdigheter</i>	74
	Multipel regresjon	75
	R^2	76
	<i>Samspill</i>	77
Kapittel 5	Analyse	78
	Er legene autonome?	78
	Leger på og utenfor sykehus	82
	Legenes kompetanse	84
	Kompetanse og autonomi	88
	Lineær regresjon: Kontrollerte sammenhenger	92
	<i>Resultater</i>	93

Oppsummering	98
Kapittel 6 Diskusjon	99
Metodiske implikasjoner	100
Autonomi som foranderlig størrelse	102
En ny legerolle: Behov for bred, mellommenneskelig kompetanse	106
Tillit styrker profesjonelles autonomi	108
Konklusjon	109
Litteraturliste	110

Innledning

De tradisjonelle profesjonene kan spores langt tilbake i historien, men de får sin status først i det moderne samfunnet. Sammen med de politiske omveltningene og stiftelsen av politiske partier i siste halvdel av 1800-tallet, var fremvoksende profesjoner et viktig kjennetegn ved epoken. Det synes å være enighet om at en profesjon er en yrkesgruppe med en spesiell kompetanse (Abbott 1988: 7), men utover dette er det uenighet rundt de definerende kjennetegnene ved profesjoner. Abbott (1988) og Freidson (1970) mente begge at den mest sentrale egenskapen ved en profesjon er kontroll over yrkesgruppens spesielle kunnskap og dens anvendelse. Viktige trekk ved utviklingen av denne kontrollen hos den medisinske profesjon er stiftelsen av legeforeningen, standardisert universitetsutdanning, beskyttede titler og utforming av etiske regler for leger. Gjennom å ha kontroll over utdanningen av leger og deres praksis for øvrig, ble den medisinske profesjon beskyttet av staten ved at legene fikk monopol på å utføre gitte helsetjenester. Legevitenskapen fortsatte å ekspandere som et resultat av profesjonens dyrkning av kunnskap, og i forlengelsen av dette kom nye erkjennelser, ny selvtilit, og et økt krav om rettigheter og politisk innflytelse. I tillegg kom tidligere ukjente sosiale og helserelaterte problemer til landet som et resultat av industrialisering og internasjonalisering, og staten fikk behov for ytterligere faglig kompetanse for å få bukt med problemene. Legenes arbeidsområde ble større og deres kunnskap ble etterspurt på et bredt politisk plan. For legene legitimerte den profesjonelle, vitenskapelige kunnskapsproduksjonen et utvidet ansvarsfelt og økt innflytelse. Politikerne ga den medisinske profesjon mandat til å ivareta befolkningens helse, mot at profesjonen skulle styre seg selv og selv avgjøre hva som skulle være god og dårlig praksis.

Den vitenskapelige, tekniske medisinske kunnskapen var ikke alene grunnlaget for mandatet legene fikk – man forventet også en høy moralsk standard og en spesiell evne i relasjoner til pasientene. Legenes autoritet, som følge av kombinasjonen mellom deres kompetanse og den brede og viktige beslutningsmyndigheten de har, har gitt de en form for selvfølgelig makt. Dette skyldes at samfunnet tilskriver spesiell verdi til legenes arbeid og kompetanse. Denne makten har tradisjonelt hatt en allmenn oppslutning; legene forvalter befolkningens helse og sitter på kunnskap den enkelte ikke kan tilegne seg på egenhånd. Myndighetene, på vegne av folket, har dermed oppfattet det som rasjonelt å delegere helseansvaret til legene, hvilket har betydd institusjonalisert autonomi fra staten til legene.

Hvis det er slik at den *spesialiserte* kunnskapen legene har er grunnlaget for deres autonomi, så har man ikke noe grunnlag for å kreve autonomi dersom man ikke har denne kunnskapen (Mirvis 1993). Samfunnet gir legene tillatelse¹ til å utføre gitte arbeidsoppgaver på bakgrunn av denne kunnskapen. Fredison (1970) var opptatt av hvordan grunnlaget for legenes selvregulering er av politisk karakter og innebærer statens hjelp til å etablere og opprettholde profesjonens posisjon. Dette pekte videre på at legens profesjonelle autonomi ikke var absolutt: "...the state has ultimate sovereignty over all and grants conditional autonomy to some" (Freidson 1970: 24). Freidsons bok "Profession of Medicine" (1970) kom som en reaksjon mot funksjonalismens utelukkende positive syn på makten legene hadde opparbeidet fram til 1960-tallet. Den enkelte leges frihet til å ta beslutninger på vegne av pasientene med bakgrunn i antakelsen om at "legen vet best" ble etter hvert sett på som problematisk fordi denne førte til minimal åpenhet rundt hver enkelt lege sin praksis.

Det ble i løpet av 1980-tallet tydelig at legenes individuelle frihet i arbeidet hadde ført til store variasjoner i behandling av pasienter med like diagnoser, samt unødvendige innleggelser, operasjoner, tester og utskrivelser av resepter (Light 2003). Denne mangelfulle kontrollen over profesjonens medlemmer gjorde at sentrale myndigheter reagerte med å lage strengere retningslinjer for legene å forholde seg til, samt lovfestede rettigheter for pasienter. Disse skulle sikre pasientens frihet til å ta beslutninger som angikk deres egen helse, *pasientautonomi*, mens statens inngrepen ovenfor profesjonen omfattet endring av økonomiske og organisatoriske forhold.

Endret situasjon for legene

Den medisinske profesjonens autonomi, hviler altså på ekspert-kunnskap, den enkelte leges ansvarlighet² og profesjonens evne til å kontrollere sine egne medlemmer. Dersom profesjonen eller enkeltlegene feiler i å opptre ansvarlig på vegne av egen praksis, organisasjon eller profesjon, svekkes grunnlaget for deres autonomi. I Norge har den økende skepsisen til legens autoritet og utstrakte beslutningsmyndighet i kombinasjon med et forsøk på å bedre forholdene i helsesektoren, resultert i en rekke helsepolitiske endringer som i større grad enn tidligere skal kontrollere legenes virke. De helsepolitiske endringene har påvirket ulike nivåer i helsesektoren på forskjellige måter, men felles er fokuset på effektiv organisering. Den største endringen i dette tiåret er Lov om Helseforetak som ble vedtatt i Stortinget 6. Juni 2001. Spesialisthelsetjenesten (somatiske sykehus, psykiatri,

¹ Mandat eller jurisdiksjon (Eurath 2002, Abbott 1988)

² "Accountability".

ambulansetjenesten, rehabilitering m.m.) gikk fra å være eid av fylkeskommunene eller staten og drevet som offentlige forvaltningsenheter, til å være statlige eide *foretak* som skulle drives etter bedriftsøkonomiske prinsipper. Spesialisthelsetjenesten, hvor de fleste legene i Norge arbeider, ble dermed selvstendige økonomiske og juridiske enheter. De sammenlignes med aksjeselskaper av noen (NKF 2000), som hevder at den eneste forskjellen er at foretakene er statlig *eid* og ikke kan slås konkurs. I tillegg til den politiske uenigheten som var rundt denne avgjørelsen, kom kritikken på løpende bånd fra legene selv (eks. ”Motmeldingen”).

I forkant av og etter denne såkalte ”sykehusreformen”, kom en rekke lovendringer og omlegginger. Av disse er de viktigste innføringen av innsatsstyrt finansiering, den nye loven om pasientrettigheter, godkjenning av flere private sykehus, tilrettelegging og skattefritak for private helseforsikringer, og forberedelse av et nytt finansieringssystem hvor stykkprisordningen foreslåes kraftig utvidet (Hagen-utvalgets innstilling, NOU 2003:1). Alt dette har bidratt til å trekke en markedsmodell inn i helsesektoren som gjør konkurranse og profitt til fokusområder. Noen vil se på dette som et bidrag til å skjerpe effektiviteten, mens andre hevder:

Det dreier seg om at vi skal gjennomføre et fundamentalt systemskifte i norsk helsepolitikk – fra et politisk forvaltningsstyre med pasienten som uegennyttig formål – til et bedriftsøkonomisk markedsstyre med pasienten som et middel for å oppnå økonomisk inntjening (Fagforbundet: 4).

Tilsynelatende virker foretaksordningen som en god måte å gi de enkelte helseforetakene større frihet til å bestemme hvordan de ønsker å drive praksis. På den annen side har foretakene et krav om inntjening, og kan fristes til å prioritere med hensyn i økonomi³. En slik foretaksmodell er utfordrende for en leges moral, og krever at hver enkelt lege er i stand til å gjøre gode skjønnsmessige vurderinger slik at ingen blir holdt utenfor eller nedprioritert i det nye systemet. I denne nye helsepolitiske modellen, vil legenes erfaring av autonomi avhenge av hvordan man forstår autonomi, og hvilke *forventninger* legene har til frihet i arbeidet. Det virker også tydelig at dagens arbeidsforhold for en lege krever en sammensatt kunnskapsbase for å tenke helseøkonomi i beslutninger som også skal kunne begrunnes vitenskapelig og moralsk.

Økonomiske hensyn har altså i økende grad blitt bestemmende for hvordan legenes arbeid skal utføres. I tillegg er det politiske grunnlaget for autonomien svekket fordi profesjonen har mislykkes med å beskytte pasienter fra inkompetente leger og dårlig standard.

³ For eksempel prioritere pasienter som har ”billige” diagnoser; de som krever lite ressurser fra sykehusenes side sammenlignet med tilbakebetalingen sykehusene får fra staten for å behandle denne type lidelser.

Til slutt har forbruksorienteringen i samfunnet gjort at legene må ta mer hensyn til hva pasientene ønsker heller enn medisinske definerte behov (Armstrong 2002). Disse forholdene gjør spørsmålet om hvorvidt leger fortsatt er autonome yrkesutøvere svært aktuelt. Det finnes teoretikere som hevder at både profesjonen som helhet og legene som individuelle yrkesutøvere begynner å ligne ”vanlige” arbeidstakere fordi de stadig taper autonomi (Haug 1973; McKinlay & Stoeckle 1988). Andre har hevdet at profesjonen som helhet fortsatt er like sterk, men at de enkelte utøverne taper autonomi på bekostning av profesjonens kamp for å beholde posisjon (Freidson 1986). Med denne undersøkelsen som tar for seg legers opplevelse av autonomi, skal jeg forsøke å gi et bilde av forholdsvis nyutdannende legers erfaring av frihet i arbeidet. Det er særlig interessant å se på nyutdannede leger med kort tid i praksis, da de ikke har noe erfaringsgrunnlag fra perioder med andre helsepolitiske ordninger. Deres opplevelse av autonomi vil dermed ikke påvirkes av tidligere forhold⁴.

Legene vi skal studere i denne oppgaven har gjennomgått en annerledes medisintutdanning enn sine eldre kolleger, med et sterkere fokus på etikk, kommunikasjon og relasjonelle ferdigheter. Den medisinsk-tekniske kunnskapen alene er ikke lenger nok til å beholde befolkningens tillit, og legen må i tillegg til å være profesjonell i fagets vitenskapelige kunnskapsbase, være profesjonell i møtet med pasientene. Dette kan gjøre legens møte med pågående pårørende, pasienter som er ekspert på egen sykdom og pasienter med urimelige krav lettere. Jeg ønsker derfor å undersøke om det er en sammenheng mellom autonomi og kompetanse. Det ligger allerede en sterk moralsk forventning til grunn om at de mest kompetente legene bør være de som føler seg mest autonome. Dette skyldes at profesjonens selvregulering muliggjøres av medlemmenes kompetanse. Legene uten denne kompetansen ikke kan forvente å være autonome i yrkesutøvelsen og organisering verken på individnivå eller på profesjonsnivå.

Om legene jobber på sykehus eller som allmennleger i primærhelsetjenesten er avgjørende for hva slags arbeid de utfører, arbeidsforholdene, og hvordan de utfører arbeidsoppgavene sine. Sykehusleger jobber oftere i team med andre leger og sykepleiere, mens allmennlegen i større grad jobber alene og på kontorer, institusjoner eller andre steder hvor strukturen er flatere enn på sykehus (Gjerberg 2002). Arbeidsoppgavene på sykehus er forskjellige fra de på et allmennlegekontor, hvilket legger andre rammer til grunn for legenes erfaring av autonomi. Arbeidsstedet vil dermed mest sannsynlig ha betydning for hvor

⁴ Eksempelvis en ”alt var bedre før” holdning som er sannsynlig å finne blant leger med lang tids praksis bak seg.

autonome legene opplever å være. Med bakgrunn i dette er hovedproblemstillingen i denne undersøkelsen:

Er unge, norske leger autonome i arbeidet, og har arbeidssted og kompetanse betydning for opplevelsen av autonomi?

Sosiologisk relevans

Oppgaven skal være et bidrag til den viktige diskusjonen om legenes autonomi generelt, og til de teoretiske betraktningene om hvordan kompetanse er grunnlag for autonomi. Dersom kompetanse legitimerer profesjonens autonomi, bør kompetanse ha sammenheng med enkeltutøvernes erfaring av individuell, klinisk autonomi. Svært relevant er også at denne undersøkelsen er bygget på empiriske, kvantitative data i motsetning til store deler av litteraturen på feltet, der diskusjonene som stort sett er teoretisk orientert og situert på organisasjonsnivå. Svært mye er skrevet om helsepolitikkenes implikasjoner for enkeltlegens autonomi, men svært lite empirisk forskning er gjort på samme felt. Har man tatt for gitt at leger blir mindre og mindre frie i arbeidet som resultat av endrede rammeforhold? Legenes subjektive erfaringer kan være et viktig innspill til en debatt som har dreid seg rundt objektive betraktninger av helsepolitikkenes konsekvenser. Slike betraktninger kan føre til et ensidig negativt fokus – det er viktig å undersøke hvordan legene *faktisk* har det som et empirisk motstykke eller supplement til teoriene på feltet.

Helt siden Freidsons (1970) kritikk av den medisinske profesjons utstrakte autonomi, har klinisk og profesjonell autonomi blitt betraktet som definerende kjennetegn ved profesjoner. For legene har denne autonomien vært spesielt sterk; de har hatt omfattende kontroll over organisering og gjennomføring av egen praksis. Fordi profesjoner er et viktig kjennetegn ved moderne samfunn, er antydningene om at den tradisjonssterke medisinske profesjonen er i ferd med å miste sitt definerende kjennetegn; klinisk og profesjonell autonomi, svært interessant i et sosiologisk og samfunnsmessig perspektiv. I tillegg er sammenhengen mellom kunnskap og autonomi svært interessant å undersøke. Hvis det er slik at autonomi er legitimert av spesialisert kunnskap, er kompetanse en *betingelse* for at legene skal få beholde sin autonomi. Dersom leger som erfarer sterk grad av autonomi er de som i minst grad rapporterer god kompetanse på ulike felt, kan dette vekke bekymring rundt legens mandat til å ta viktige avgjørelser knyttet til befolkningens helse.

Autonomibegrepet har ikke bare vært fremtredende i litteratur om arbeidstakere, profesjoner og arbeidsorganisasjoner, men betraktes også som en av allmennmoralens viktigste verdier. Den medisinske profesjon og dens medlemmer har en egen etisk kodeks som skal sikre god moralsk praksis. Denne *profesjonelle* moralen innebærer ikke den samme forståelsen av autonomibegrepet som i allmennmoralen. Skillet mellom enkeltmenneskets autonomi og enkeltlegens eller andre enkelte profesjonsutøveres autonomi er i liten grad påpekt i litteraturen om profesjonelles autonomi. Å skille mellom en lege og en pasient sitt ulike grunnlag for autonomi er svært viktig for å forstå hvordan legene kan oppleve å være autonome til tross for at de har strenge regler og begrensninger å forholde seg til. Foruten at en slik begrepsmessig diskusjon kan oppfattes som oppklarende, kan den også stimulere til diskusjon rundt arbeidstakers frihet og autonomi i arbeidet; hvilke typer begrensninger kan svekke autonomiopplevelsen?

Til slutt, men vel så relevant, er den påviste sammenhengen mellom autonomi og jobbtilfredshet. Det er funnet at autonomi i arbeidet bidrar til større jobbtilfredshet (Karasek 1979; Holm 2007). Hvis det er slik at frihet til å ta selvstendige beslutninger bidrar til at legene trives bedre i yrket, synes det som autonomi er noe som virker *positivt* på yrkestilværelsen. Dermed vil legenes opplevelse av autonomi være en viktig indikator på om de unge legene trives eller ei.

Fremgangsmåte

For å svare på problemstillingene er forhåndsinnsamlede data fra Høyskolen i Oslos⁵ prosjekt StudData benyttet. StudData er en database som brukes til studier av blant annet arbeid i profesjonelle yrker og rekruttering til profesjonsutdanninger. StudData er en omfattende panelstudie hvor man følger ulike grupper fra de starter en profesjonsutdanning til de har vært 6 år i arbeid. Den delen av datamaterialet som skal brukes her, består av leger som fullførte medisinstudiet sin i ved UiO, UiB eller utlandet på begynnelsen av 2000-tallet, og som har vært 3 år i arbeid. Undersøkelsens utvalg vil dermed bestå av *unge* leger. Informasjonen som er tilgjengelig ved bruk av spørreskjemaet er bred, men ikke nødvendigvis tilrettelagt for temaet som her skal undersøkes.

For å undersøke om arbeidssted har betydning for legenes erfaring av autonomi blir legene som jobber på sykehus sammenlignet med legene som jobber utenfor sykehus. Grunnen til at legene sammenlignes innad, heller enn med en annen profesjonell gruppe som

⁵ Senter for Profesjonsstudier ved HiO står bak prosjektet.

for eksempel sykepleiere, er et ønske om å se spesifikt på tilstanden blant unge leger⁶. For eksempel har sykepleiere som har jobbet i 3 år ofte kommet lenger enn leger 3 år i arbeidet hva karriere angår⁷, og når det gjelder muligheten til å ta beslutninger om pasientbehandling er denne forskjellig for leger og sykepleiere. Det er stort sett leger som tar viktige avgjørelsene knyttet til pasienter; henvisninger, resepter, og videre behandling. Fordi resultatene i denne oppgaven skal diskuteres i blant annet i lys av frihet til å ta beslutninger av typen nevnt ovenfor, er leger den eneste yrkesgruppa som skal studeres i denne oppgaven. I tillegg er den medisinske profesjon og dens medlemmer i kraft av sin sterke posisjon gjennom en lang historisk periode, svært interessant og *viktig* å studere nærmere.

Den siste delen av problemstillingen som omhandler kompetanse skal besvares ved å se på sammenhengen mellom ulike former for kompetanse og autonomi. Disse kompetanseformene er utledet ved hjelp av en rekke spørsmål om hvordan legene føler at de behøver ulike former for kompetanse i arbeidet, og i hvilken grad de tilegnet seg denne kompetansen gjennom utdanningen.

Fordi denne studien i tillegg til en empirisk undersøkelse, skal være et teoretisk bidrag til diskusjoner rundt legers profesjonelle autonomi, skal jeg gå grundig igjennom begrepet ”autonomi”, dets oppbygning. I tillegg skal jeg presentere de viktigste teoriene på feltet. Den teoretiske gjennomgangen legger grunnlaget for en viktig diskusjon rundt hvordan det er hensiktsmessig å forstå profesjonell autonomi i lys av funnene i undersøkelsen og teorier på feltet.

Oppgaven videre

I kapittel 2 redgjøres det nærmere for skillet mellom profesjonell og individuell autonomi, og det gies et dypere innblikk i autonomibegrepets analytiske oppbygning og hvordan man skal forstå autonomi i denne undersøkelsen. I tillegg består kapittelet av en redgjørelse for forskjellene mellom leger som jobber på og utenfor sykehus, og hvordan legenes arbeidssted kan være avgjørende for opplevelsen av å være autonom i arbeidet. Når det gjelder teorier om utviklingen av legenes autonomi og tidligere forskning på feltet, er dette skissert i kapittel 3. Der finnes også en oversikt over aktuelle helsepolitiske endringer, og hvordan disse kan bidra til å endre legenes erfaring av autonomi. Videre finner man bakgrunnen for den antatte sammenhengen mellom kompetanse og erfaring av autonomi. Alle teoretiske perspektiver og

⁶ Det er i tillegg svært vanlig i studier av legers praksis å skille mellom sykehusleger og generalister eller allmennleger.

⁷ Leger er fortsatt under opplæring på denne tiden.

redgjørelser for gjeldende forhold i kapittel 3 er presentert fordi de kan bidra til å forklare eventuelle sammenhenger i resultatene av undersøkelsen, og for å skape en bred forståelse av bakgrunnen for antakelsen om at leger har blitt mindre frie i arbeidet. Avslutningsvis i kapitlet er det utledet forskningsspørsmål på bakgrunn av det jeg er interessert i å finne ut noe om, altså legenes erfaring av autonomi og sammenhengen mellom arbeidssted, autonomi og kompetanse. Grunnen til å velge forskningsspørsmål heller enn hypoteser, er den lille mengden empirisk forskning som er gjort på feltet. Det er ikke sterkt nok empirisk grunnlag for å hevde at norske leger ikke er autonome.

Kapittel 4 består av en gjennomgang av datamateriale og analysemetoder. Avhengig og uavhengige variabler presenteres sammen med metodene som er brukt for å se på sammenhenger i datamaterialet. I kapittel 5 analyseres de unge legenes opplevelse av autonomi generelt og i forhold til arbeidssted, og sammenhengen mellom ulike former for kompetanse og autonomi blir presentert. I 6. og siste kapittel tolkes og diskuteres resultatene fra foregående kapittel.

Autonomi

Det er skrevet mye empirisk litteratur om effektene av autonomi i arbeidslivs- og organisasjonsforskningen⁸, og mindre om hvorvidt legene faktisk opplever å være autonome i arbeidet. I litteraturen om medisinsk etikk har det i senere tid vært skrevet mye om *pasientautonomi* (Hofmann 2002), mens man i profesjonslitteraturen har fokusert på autonomi som et definerende (Freidson 1970), men varierende (McKinlay & Soeckle 1988) kjennetegn ved profesjoner. Til tross for mye litteratur på feltet, finnes det lite *empirisk* forskning på hvilke forhold som synes å være avgjørende for profesjonsutøverens opplevelse av å ha autonomi i arbeidet.

Profesjonell autonomi handler om kontroll over og organisering av praksis, kontroll over utdanning og sertifisering og kontroll over at den faglige standarden blir opprettholdt (Førde 2003). Freidson (1970) mener som nevnt at det er denne kontrollen med både praksis og utdanning som skiller profesjoner, og særlig leger, fra andre yrkesgrupper. For Freidson var det den historiske prosessen hvor både folk og myndigheter ble overbevist om at den beste måten å ivareta pasientenes interesse på var å gi legene full autonomi, som best forklarer fremveksten av den moderne medisinske profesjonen.

Den profesjonelle autonomien er en forutsetning for den enkelte leges autonomi. Legenes autonomi er slik todelt; legene har autonomi som yrkesgruppe i forhold til hvordan legeyrket og dets praksis utvikler seg, og legene som enkeltindivider har autonomi i sin arbeidssituasjon på bakgrunn av denne felles tilegnede autonomien, samt eventuell delegering av ansvarsområde fra overordnede⁹. For å skille mellom den kollektive og den individuelle autonomien legene har, har jeg valgt å bruke begrepene ”profesjonell” og ”individuell” autonomi. Begrepet om *klinisk autonomi* kunne også vært brukt for å beskrive hvordan legen er autonom i sin arbeidssituasjon, men for å understreke at autonomi her handler om enkeltlegen brukes *individuell* autonomi.

Begrepet om autonomi handler om at autonome personer styrer seg selv og velger hvilke begrensninger som skal legges på deres handlinger. Det greske ordet *autos*, som betyr selv, og *nomos* som betyr lov, styre eller regel er satt sammen til ”autonomi” og betyr at man gir seg selv ens egen lov (Hofmann 2002). Individuell autonomi kan forstås som muligheten

⁸ Se for eksempel Karasek(1979), Wallace(1995), Stoddard m.fl.(2001).

⁹ Dette gjelder i hovedsak for leger som jobber i sykehus. Leger på allmennlegekontorer er i større grad sjef for eget arbeid.

til å ta selvstendige handlingsvalg. Aktuelle handlingsvalg for legen kan være hvorvidt de skal henvise en pasient videre, hvilken rekkefølge pasientene skal få behandling eller hvilke hensyn som skal veie tyngst i en beslutningssituasjon. Denne type avgjørelser skal være fokus for denne undersøkelsen som skal se på i hvilken grad leger erfarer å være autonome i arbeidet. Individuell autonomi har også blitt forstått som muligheten til å bestemme over egen arbeidssituasjon; arbeidstid, stillingsbrøk, hvilke arbeidsoppgaver man skal utføre og i hvilken rekkefølge¹⁰ (Jensen & Wærsted 2004). Autonomi skal her forstås som muligheten for å handle med og utøve *skjønn* i beslutningssituasjoner man møter i arbeidet. Denne formen for autonomi er betinget av organisasjonen legene jobber for og av profesjonen som helhet. Hvor autonome statlige og kommunale helseinstitusjoner er, vil også avhenge av statens og folkets tillit til den medisinske profesjon og dens posisjon. Enkeltlegens autonomi har slik sammenheng med profesjonens status som helhet.

Politisk fundert autonomi

Tranøy (1991) beskriver hvordan autonomi har blitt så viktig i medisinsk etikk ved å peke på fenomenets fremtredende plass i allmennmoralen, definert som: ”Den moral som er felles for oss alle uansett tittel og yrke”. Denne definisjonen åpner for at det kan finnes andre typer moral som *ikke* er felles, men som kan være noe eget for ulike yrkesgrupper og posisjoner innenfor disse. Autonomi, slik den fremkommer i allmennmoralen, innebærer en rett til å ta selvstendige beslutninger som angår en selv, og er sådan en ”moralsk begrunnet bestemmelsesrett” (Tranøy 1991). Dersom autonomi er en allmenn menneskerett, slik Tranøys definisjon av allmennmoralen stadfester, betyr det at denne retten må gjelde for pasienter¹¹ så vel som for leger. Allmennmoralen bør likevel ikke bli stående som utgangspunktet for en forståelse av profesjonelles autonomi, da grunnlaget for den allmennmoraliske og den profesjonelle autonomien ikke er det samme. Den profesjonelle autonomien er *politisk* i sin opprinnelse, og ikke i utgangspunktet moralsk eller religiøst fundert (Grimen 2005). De profesjonelles autonomi er tilkjempet og opprettholdt på politisk plan, og de profesjonelle får beholde mye av kontrollen over sitt eget virke på bakgrunn av deres kunnskap, og deres profesjonsetiske normer og verdier som skal sikre at illegitim praksis ikke forekommer. Selv om disse profesjonsetiske normer og verdier har fellestrekk med allmennmoralen, er grunnlaget deres altså ulikt (Grimen 2005).

¹⁰ Dette er også hva Karasek (1979) la i sitt begrep om *kontroll*.

¹¹ Herav pasientautonomi.

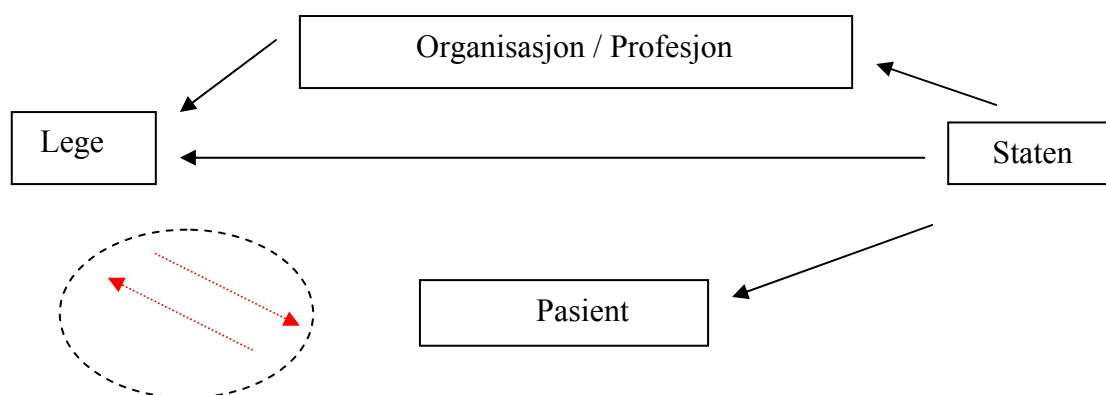
Freidson (1970) argumenterer også for at grunnlaget for legenes kontroll over sitt eget arbeid var av politisk karakter og innebar statens hjelp til å etablere og opprettholde deres posisjon. Autonomien er altså ikke absolutt eller betingelsesløs, men Freidson mener at så lenge en profesjon ikke blir teknisk evaluert og kontrollert av andre enn seg selv, forandres ikke dens posisjon som profesjon. Denne innsikt gjør at legene er å betrakte som en profesjon gjennom ulike historiske epoker og på tvers av kontekstuelle forhold. Til tross for ulike sosioøkonomiske betingelser og organisasjonsformer, har altså legene klart å opprettholde sin *kollektive* autonomi som, i følge Freidson (1970), i stor grad handler om frihet fra ekstern kontroll. Denne friheten har i Norge og andre steder blitt mindre i omfang med helsepolitiske endringer gjennom de siste tiårene. Til tross for profesjonens sterke posisjon, har derfor flere teoretikere pekt på at legenes profesjonelle dominans har, og er i ferd med, å snu (Haug 1988; McKinlay & Stoeckle 1988). Dette tillitstapet har ikke bare påvirket profesjonen som helhet og helseforetakene, men også innskrenket legenes *negative frihet*, som er en stor del av deres individuelle autonomi. Da autonomibegrepet er komplekst og ofte brukt uten videre redgjørelse for hva som ligger i begrepet, ønsker jeg å foreta en analytisk gjennomgang av begrepet for å vise hvordan *autonomi* er forstått i arbeidet med denne undersøkelsen.

Positiv og negativ frihet

Autonomi slik Hofmann (2002) definerer begrepet innebærer at mennesker har evne til å reflektere over og velge hvilke begrensninger de vil underlegges. Dette forutsetter at mennesket har en evne til å opptre rasjonelt og foreta uavhengige valg. Autonomi fremstilles av Engelstad m.fl. (2003) som bestående av individuell frihet og legitimitet. Den individuelle friheten har to komponenter; positiv og negativ frihet. Hvorvidt man erfarer å være autonom vil avhenge av hvordan man opplever frihetsbegrensningene man er underlagt.

Frihetsbegrensninger for leger vil for eksempel være begrensninger som pålegges dem i forhold til regelverk, prosedyrer, økonomihensyn og ressurser som staten, organisasjonen hun jobber i og profesjonen som helhet står bak. Dette betyr at legens rom for frihet er inngjerdet av visse restriksjoner fastsatt av myndighetene som omringer deres yrkesutøvelse. Disse frihetsbegrensningene er de som definerer legens *positive frihet*. Forholdet mellom positiv og negativ frihet er slik konfliktpreget da negativ frihet innebærer fravær av hindringer eller begrensninger, mens positiv frihet handler om at myndighetene en lege må forholde seg til skaper betingelser som flertallet mener er nødvendige for at det individuelle legen skal kunne utføre jobben sin på en god og forsvarlig måte.

Figur 2.1 Positiv og negativ frihet i legens relasjoner til ulike aktører. Hele linjer representerer positiv frihet, mens stiplede linjer representerer negativ frihet.



Figuren over viser hvordan legenes ulike relasjoner kan forstås med ulike perspektiver på frihet. Legens relasjon til organisasjonen de jobber i, profesjonen som helhet og staten¹² forstås best i lys av positiv frihet. Det er disse myndighetene som setter rammevilkårene for legens virke. De bestemmer også hvilke lover og retningslinjer legen skal forholde seg til i yrkesutøvelse, samt hvilke rettigheter pasientene har. Hvis legene kan fatte beslutninger på egenhånd, men dette innenfor gitte rammer – er de da ikke frie i sitt arbeid? Sett i lys av en idealtypisk forståelse av negativ frihet, så er de ikke det. I lys av en positiv forståelse av frihet derimot, vil de være frie da rammene rundt skjønnsutøvelsen er konstruert til legens beste i samsvar med den generelle vilje¹³. Full autonomi i form av uhindret negativ frihet er et uoppnåelig ideal, spesielt for dagens leger. Uavhengige valg og *ren* selvbestemmelse kan vanskelig forenes med pasientautonomi og helsepolitiske retningslinjer. Jeg vil derfor ta i bruk en mildere, mer fruktbar forståelse av negativ frihet. Slik jeg ser det har man negativ frihet dersom man aksepterer omfanget av den positive friheten og kan ta selvstendig beslutninger innen for rammen av denne. Så lenge legen har mulighet til å ta beslutninger om behandling uten hindringer bortsett fra de rent lovmessige og organisatoriske rammene, har hun altså negativ frihet. Dette er illustrert i figur 3.1 med en stiplet pil som skal symbolisere negativ frihet. Ringen rundt viser at den negative friheten utøves innenfor et område som er begrenset av lover, retningslinjer og andre rammebetingelser – positiv frihet. Denne *milde* forståelsen av negativ frihet er i tråd med Engelstad m.fl. (2003) sin modell som understreker

¹² Denne pila ville trolig vært stiplet for noen tiår siden, men staten tar i større og større grad kontroll over profesjonsutøvelsen.

¹³ Rousseau (i Svalund 2003) mente at individuell frihet best oppnås gjennom deltakelse i prosesser hvor fellesskapet utøver kontroll over individuelle forhold gjennom samsvar med den generelle viljen i fellesskapet.

at så lenge frihetsbegrensningene oppleves som *legitime*, er legen autonom. En nyutdannet lege kan for eksempel velge å gå inn i en midlertidig stilling hvor hun vet at hun må utføre arbeidsoppgaver hun selv ikke ønsker å utføre, men fortsatt være autonom så lenge det var bevisst valgte handling som gjorde at hun endte opp i den jobben. Her fremkommer det tydelig at autonomi forutsetter *rasjonalitet*.

Tap av negativ frihet i form av flere lover og påbud kan føre til tap av autonomi for legene (Haug 1988; Førde 2003). For eksempel kan avtaler mellom organisasjonen og ulike legemiddelfirmaer føre til at legene alltid må gi resept på en bestemt medisin for en gitt diagnose, til tross for at de selv mener at en annen medisin ville fungert bedre for den aktuelle pasientens lidelse. Dersom dette oppleves som illegitim praksis¹⁴, kan dette føre til tap av autonomi. I et annet tilfelle kan en lege ha en pasient hvis lidelse har tre mulige behandlingsformer. Legen vet at man i USA benytter seg av en fjerde behandling, men denne er ikke godkjent i Norge. Hvis legen aksepterer at hun kun har de tre behandlingene som er godkjent i Norge å velge i mellom og i tillegg får velge en av disse uten å bli hindret i sin beslutning, er legen per definisjon autonom. Denne friheten til å ta beslutninger og utføre handlingsvalg innenfor et restriktivt rom er det jeg i denne undersøkelsen forstår som autonomi. Dette har klare likhetstrekk med retts- og sosialfilosof Dworkins (1977) beskrivelse av *skjønn* og *skjønnsutøvelse*.

Skjønn som beslutningsautonomi

Dworkin (1977) understreker at skjønn må defineres i forhold til standarder fastsatt av bestemte myndigheter som er bindene for skjønnsutøveren. Disse standardene er det som i Engelstads beskrivelse av autonomibegrepet ble kalt for *frihetsbegrensninger*. Skjønn er altså, i følge Dworkin, friheten til å ta beslutninger innenfor visse rammer gitt av bestemte myndigheter. Muligheten til å utøve skjønn synes slik å være sammenfallende med begrepet om autonomi. Den positive og negative friheten vil variere, avhengig av arbeidsstedet, arbeidssituasjonen og posisjonen legen er i. Med andre ord; opplevelsen av å ha autonomi vil for leger avhenge av hvilken myndighet (utover staten som utøver myndighet over alle leger) som definerer den enkelte leges positive frihet. En overlege vil for eksempel ha større *rom* for utøvelse av skjønn enn hva en assistentlege har. I denne undersøkelsen har vi bare nyutdannende leger, og således ingen overleger i sjefsstillinger.

¹⁴ Dette er vel, strengt tatt, illegitim praksis. Legene *tvinges* nok ikke til å bruke gitte produkter, men får trolig sterke *anmodninger*.

Hvis vi tenker muligheten for å ta selvstendige beslutninger som et rom innrammet av visse begrensninger slik Dworkin beskrev, vil de utdannede legene befinne seg i et rom innrammet av myndigheten delegert fra staten, organisasjonen og myndighetsområdet gitt fra deres overordnede. En underordnet lege kan oppleve å være autonom like fullt som en overlege; for eksempel vil det å rådføre seg med en kollega neppe oppleves som illegitim innskrenking av den enkeltes autonomi og autonomi er dermed opprettholdt. Dworkin (1977) understreker at et individs handlingsrom eksisterer *i kraft av* begrensningene som omringer individet. Slik vil ikke fullstendig negativ frihet muliggjøre skjønnsutøvelse og politisk fundert, individuell autonomi.

Beskrevet over er hvordan legen kan være autonom innenfor et gitt myndighetsområde. Dette myndighetsområdet henger nøye sammen med legens arbeidsplass. Legens beslutninger må taes i tråd med organisasjonens retningslinjer, legeprofesjonens etiske regler, statens krav, og pasientens ønsker. I hvilken grad legene treffer pasienter, arbeidstempo, hvordan de rammes av økonomiske hensyn og lignende har sammenheng med hvor de jobber og hva de gjør. Arbeidsstedet er derfor viktig for legenes opplevelse av autonomi.

Sykehusleger og andre leger

Flesteparten av legene som ikke jobber på sykehus, jobber i primærhelsetjenesten som allmennleger. Av de 18.300 legene under 67 år som fantes i Norge i 2006, arbeidet ca. 10.000 på sykehus, 4500 i primærhelsetjenesten, 900 i privat spesialisthelsetjeneste, 230 som bedriftsleger og ca. 700 jobber med forskning (Samnordisk Arbetsgrupp 2006). Når det gjelder valg av spesialisering, skjer dette sjelden umiddelbart etter at legen har fått autorisasjon som lege. Gjerberg og Aasland (1999) fant at den gjennomsnittlige ventetiden for å velge spesialisering var 2,2 år – den mediane ventetiden var 1 år. Dette betyr at de fleste legene i denne undersøkelsen er i ferd med å velge, eller at de nylig har valgt, spesialiseringsgren.

Når det gjelder leger som jobber på sykehus har legene i undersøkelsen ikke mulighet for å være lengre oppe i legehierarkiet enn assistentlege. En assistentlege er en lege som er i spesialisering i en underordnet stilling på et sykehus ved en sykehusavdeling. Assistentlegene må forholde seg til overlegene som er spesialister i faget på avdelingen. En spesialisering tar minimum 5 år, og for kirurgi og indremedisin er man ikke spesialist før man har vært under opplæring i minst 9 år. Arbeidsforholdene på sykehus synes generelt å være preget av

hierarkisk organisering, samarbeid, rutiner, liten mulighet til å påvirke arbeidets organisering og lite kontroll over hva som skjer med den enkelte pasient for den enkelte assistentlege. Legene på sykehus har ikke den jevnlige kontakten med pasientene, slik fastlegeordningen legger opp til.

Primærleger er ansatt som kommuneleger eller privatpraktiserende allmennleger. Etter innføringen av FLO, får hver enkelt lege utbetalt penger av kommunen for hver innbygger legen har på sin liste. Allmennlegene er befolkningens alternativ når det oppstår medisinske problemer. Allmennlegene forvalter årlig mellom 15 og 18 millioner direkte kontakter med befolkningen, hvorav 4,5 millioner er henvendelser angående akutte sykdomstilstander. Nesten alle pasientene som henvender seg til allmennlegen får den hjelpen de trenger der, mens noen få – ca. 5 % - blir henvist videre til en spesialist (DNL 2001). Fastlegen kan pålegges å jobbe opptil 7 timer i uka som sykehjemslege og lege på andre kommunale helseinstitusjoner. I tillegg har fastlegene plikt til å inngå i en kommunal- eller interkommunal organisering av legevakt, hvilket har gjort det mindre vanlig med hvilende, hjemmевærende legevakter og dermed gjort muligheten for at legene kan dra hjem til pasientene ved akutt sykdom mindre. Organiseringen av allmenlegetjeneste som private næringsdrivende med kommunal avtale inkludert de medfølgende påleggene fra kommunen, har økt graden av administrativt arbeid og arbeidsmengde generelt for allmennlegene (Nyborg 2007). Landon, Reschovsky og Blumenthal (2003) fant at leger i større grad enn tidligere må gjøre administrative oppgaver og oftere trenger å få godkjenning for gjennomføring av prosedyrer eller behandlinger. Dette gjelder for begge legegruppene, selv om allmennlegene trolig er sterkere berørt av administrative oppgaver enn hva assistentlegene er.

Allmennlegene er også under spesialisering når de svarer på undersøkelsen, en spesialisering som blant annet krever minst 4 års praksis i allmenlegetjenesten. Foruten arbeidet i spesial- og primærhelsetjenesten jobber leger også med bedriftshelsetjeneste og forskning. Noen driver også undervisning, men dette krever som regel høyere utdanning enn hva legene i utvalget har. Flesteparten av legene utenfor sykehus i mitt utvalg er allmennleger eller andre former for primærleger, så når vi nå skal peke på forskjellene er det i all hovedsak forskjellen mellom sykehusleger og primærleger.

Hva er forskjellene?

Røhme og Kjekshus (2001) har funnet at selv når man kontrollerer for organisatoriske forhold, er legers organisering av arbeidet svært variert. Resultatene fra en undersøkelse av

sykehuslegers tidsbruk (Rhøme & Kjekshus 2001), viste at omtrent to tredeler av legenes arbeidstid benyttes til klinisk virksomhet, hvorav en firedel av dette til direkte kontakt med pasienter. Til tross for at dette var en undersøkelse av sykehusleger, er det grunn til å anta at bildet for andre leger som praktiserer medisin ovenfor pasienter ligner på dette. For å finne ut hva som skiller arbeidsforholdene til leger på sykehus fra andre leger, skal vi ikke se på den individuelle organiseringen av den enkelte leges arbeid, men heller de organisatoriske forskjellene på en sykehusorganisasjon og organisasjoner der primærleger jobber. Når det gjelder bedriftshelsetjeneste og forskning, har legene her trolig mer autonome arbeidsforhold enn leger på sykehus og allmennlegekontorer. Dette fordi de i mindre grad er utsatt for intern kontroll og tidspress, og fordi de i større grad kan legge opp sin egen arbeidshverdag da de er mindre avhengige av kollegene sine.

Den første åpenbare forskjellen mellom primærleger og sykehusleger er størrelsen på organisasjonen de jobber i. Krogstad, Veenstra, Sjetne, Østhus og Røttingen (2002) hevder:

Mindre steder med få arbeidsplasser har ofte en mer stabil personalgruppe, med lojalitet og tilhørighet til arbeidsplassen. Det er også naturlig å anta at størrelsen på sykehusorganisasjonen virker inn på hvordan de ansatte opplever oversiktighet, nærhet og kontroll. Store, kompliserte organisasjoner kan virke fremmedgjørende, og personalet identifiserer seg mindre eller de identifiserer seg med lavere nivåer i strukturen (Krogstad m.fl. 2002).

Ut i fra dette kan man tenke seg at de som jobber utenfor sykehus og i mindre organisasjoner vil oppleve å ha større grad av kontroll over egen arbeidshverdag enn leger på store sykehus. En assistentlege må stort sett gjøre arbeidet slik det er planlagt, ofte av andre enn legen selv. Assistentlegen jobber ofte i team og må ta hensyn til kollegers mening i tillegg til pasientens ønsker. Allmennlegene på sin side treffer pasienter på tomannshånd, og sitter stort sett alene med avgjørelsen om hvordan pasienten skal følges opp. Dette leder oss til en annen viktig forskjell, nemlig forskjellen i hvilke typer kompetanse som er nødvendig for ulike leger. Denne forskjellen skal vi se nærmere på i neste kapittel, men det kan kort nevnes at allmennlegen er nødt til å ha bred medisinsk kompetanse for å kunne avdekke hva som feiler pasienten. Allmennlegene møter et langt bredere sykdomsbilde¹⁵ enn hva sykehuslegene gjør. Sykehuslegene jobber i en avdeling som arbeider med legens interessefelt, og en assistentlege på øre-nese-hals møter derfor stort sett bare sykdommer som har med dette feltet å gjøre.

¹⁵ Selv om allmennleger opplever mange influensahenvendelser og andre ”vanlige” sykdommer, må allmennlegen være beredt til å kunne avdekke alle former for sykdom – i det minste kunne lokalisere sykdommen for så å henvise videre.

I tillegg har sykehuslegene i kraft av å jobbe i større organisasjoner, tilgang på andre ressurser og mer samlet kompetanse. Denne kompetansen er lett tilgjengelig via overleger, sykepleiere og kolleger på andre avdelinger. Det vil ofte oppleves som lettere å samarbeide på tvers av avdelinger for sykehusleger enn hvordan det oppleves for allmennleger å samarbeide med sykehusene, da sykehuslegene befinner seg på samme nivå i helsetjenesten. På samme måte er det lettere for allmennlegene å samarbeide internt på legekontoret enn det er å samarbeide med spesialhelsetjenesten som befinner seg på et annet nivå (Pettersen & Johnsen 2007).

Leger i primærhelsetjenesten er hovedsaklig allmennleger. Disse legene som jobber utenfor sykehussektoren jobber ofte alene eller i mindre grupper, mens leger på sykehus er preget av en hierarkisk organisering (Gjerberg 2002). Fagfeltene som praktiseres på og utenfor sykehus er forskjellig: Prestisjetunge og tidkrevende fagfelt som kirurgi praktiseres på sykehus og leger som jobber på sykehus jobber flere timer per uke enn leger som jobber allmennlegetjenesten (Gjerberg 2002). Sykehuslegenes arbeidsavtaler er unntatt arbeidsmiljølovens bestemmelser om arbeidstid, og inneholder avtaler om lange vakter, skiftarbeid og overtid (Abrahamsen 2002). Leger i allmennlegetjenesten kan på sin side jobbe 8 timers dager på dagtid eller deltid. Mens allmennlegene har autonomi til å bestemme hvem som skal "slippe inn" i spesialisthelsetjenesten, må legene i spesialhelsetjeneste både prioritere hvem som skal få hjelp i hvilken rekkefølge og hvorvidt den eventuelle hjelpen vil være nyttig i forhold til kostnadene. Dette arbeidet gjøres ofte av leger i administrative stillinger.

Allmennlegene har personlig ansvar for pasientene på sin liste, inngår i relasjoner som foregår på tomannshånd mellom lege og pasient, samt har større frihet til å styre sitt eget arbeid enn leger på sykehus. Det rimelig å anta at primærlegene i større grad enn sykehuslegene opplever å være autonome. Mer autonom kan for noen forstås som mer tilfreds, dersom autonomi er å forstå som et gode. Autonomi har derfor i de fleste undersøkelser som omhandler jobbtilfredshet vært inkludert som uavhengig variabel. Jacobsen (2006) fant at allmennlegene skåret signifikant høyere enn sykehuslegene på jobbtilfredshet. Det som gjorde allmennlegene tilfredse var variasjon i arbeidet, muligheten til å utnytte egne ferdigheter og samarbeidet med kollegaer og medarbeidere. Også frihet til å velge arbeidsmetode trakk gjennomsnittet opp (Jacobsen 2006). På bakgrunn av forholdene beskrevet ovenfor, er det grunn til å anta at leger utenfor sykehus opplever å være mer autonome enn legene som jobber på sykehus.

Del 1: Teori og tidligere forskning

Autonomi og helsepolitikk

Litteraturen om leger og autonomi de seneste tiårene har stort sett fokusert på foregående helsepolitiske endringer, og hvordan disse endringene har påvirket legenes autonomi og profesjonsstatus. Debatten på feltet består av de som hevder at medisinen har mistet mye av sin status som profesjon (Haug 1988; McKinlay 1988), og andre som mener at legens profesjonelle status er intakt og at legene fortsatt er den dominerende profesjonen på helsefeltet (Freidson 1970, 1986; Hafferty & Light 1995). Haug (1973) hevdet at den medisinske profesjon hadde gjennomgått en deprofesjonalisering, mens McKinlay, Arches og Stoeckle (1985, 1988) hevdet at legene var i ferd med å få fellestrekk med andre lønnstakere og slik gjennomgikk en proletariseringsprosess. Freidson (1970, 1986) på sin side mente at til tross for at det eksisterte trusler mot profesjonens autonomi, fantes det ingen bevis som gjorde deprofesjonaliserings- eller proletariseringssten til nyttige analytiske rammeverk¹⁶. Årsakene som er gitt i argumentasjoner om hvordan legene har mistet sin status er hovedsakelig knyttet til pasientens rettigheter, økningen i antall søksmål mot leger samt et stadig voksende fokus på kostnadskontroll (Burdi & Baker 1999). Disse argumentene reflekterer situasjonen i USA bedre enn situasjonen her til lands, men de generelle utviklingstrekkene er de samme.

Innleggene i debatten nevnt over er sjelden festet i empiriske data om legenes egne vurderinger av sin arbeidssituasjon. Bakgrunnen for dette kan være et ønske om å si noe om tendenser i profesjons- og samfunnsutviklingen generelt, heller enn å undersøke enkeltlegenes situasjon. Det finnes likevel de som er opptatte av den overordnede debatten om den medisinske profesjonens autonomi, og som samtidig spør legene hvorvidt de opplever å være autonome i arbeidet. Disse undersøkelsene er stort sett gjort i lys av den strengere interne og eksterne kontrollen som har rammet legene i senere tid. Under følger noen av disse.

Tidligere forskning

Hvis en søker i databaser på ”leger og autonomi”, ”physician and autonomy” eller synonymer for disse¹⁷ finner man at de fleste empiriske studier som har med autonomi å gjøre fokuserer på ”job satisfaction”. De fleste av disse studiene, samt store deler av den rent teoretiske

¹⁶ Jmf. fraværet av teknisk evaluering og kontroll av andre enn legene selv.

¹⁷ Selvbestemmelse, frihet, selvstendighet, beslutninger, desicionmaking, doctor, freedom, control m.v.

litteraturen om leger og autonomi kommer fra USA og har fokus på hvordan autonomien utfordres av managed care-reformer¹⁸ og den evidensbaserte praksisens¹⁹ inntreden i medisinen. Mens evidensbasert medisin gjør seg gjeldene for leger over hele verden, er leger i Norge ikke direkte rammet av managed care-reformene. Kritikken som har vært rettet mot de amerikanske helsereformene er likevel aktuell for norske forhold da de i stor grad omhandler markedskreftenes økende innpass i medisinen²⁰. Også i Norge har det i senere år kommet kraftig kritikk om hvordan legen er på vei fra "homo sociologicus" til "homo economicus" (Lian & Røttingen 2002), hvordan dette kan komme i konflikt med legenes preferanser og medisinske logikk, og slik berøre deres opplevelse av autonomi. Markedstekningens inntreden i medisinen har gjort det vanskelig for legene å sette pasienten alene i fokus fordi de stadig møter økonomisk press fra organisatorisk hold. Samtidig har de et overordnet helseøkonomisk ansvar, i tillegg til hensynet til pasienten (Lian 2003).

Burdi og Baker (1999) undersøkte hvordan leger i California opplevde å være autonome og tilfredse i arbeidet på to tidspunkt med 5 år i mellom. Opplevd grad av autonomi falt betraktelig fra 1991 til 1996. Færre svarte at de hadde tid og mulighet til å være tilstrekkelig lenge sammen med pasientene sine, legge inn pasienter på sykehuset, bruke tid på nøye lesing av journaler og tolkning av tester, bestilling av tester når de ønsket det, og bruk av tid på pasienter som krevde mye tid og ressurser. Burdi og Baker (1999) fant også forskjell mellom leger i primær- og spesialisthelsetjenesten. Muligheten til å tilbringe nok tid med pasientene var mer alvorlig berørt hos leger i primærhelsetjenesten, mens muligheten til å beslutte innleggelse av pasienten hadde falt drastisk blant leger i spesialisthelsetjenesten.

Ulrich, Soeken og Miller (2003) fant i sin studie av sykepleiere at der markedskreftene hadde trengt inn i organisasjonen opplevde sykepleierne å være mindre autonome. Ulrich og medarbeiderne hevdet at dette skyldes strenge reguleringer og retningslinjer som må følges innenfor managed-care²¹. Utviklingen i forhold til evidensbasert medisin og en økende mengde regler og retningslinjer å forholde seg til felles for legestanden i de fleste vestlige nasjoner. På den andre side fant de at sykepleiere som var opptatt av etikk og som hadde utdannelse innen etikk i større grad opplevde å være autonome enn de som ikke var opptatte

¹⁸ Begrepet "managed care" brukes for å beskrive en rekke tiltak brukt for å redusere de kostnader det å levere helsetjenester medfører, samt for å bedre kvaliteten på tjenestene.

¹⁹ Ved å bruke vitenskapelige metoder og statistikk - metaanalyse av eksisterende litteratur, risiko-nytte-analyse og randomiserte, kontrollerte forsøk, sikter EBM mot at leger skal ta velbegrunnede og gjennomtenkte avgjørelser i forhold til individuell pasientbehandling. Dette skal legene gjøre ved hjelp av de beste eksisterende vitenskapelige data, og samtidig ta hensyn til den den unike pasient.

²⁰ Som forøvrig er fruktbar å forstå i lys av Habermas' teori om systemets kolonisering av livsverden.

²¹ Forskning på sammenhengen mellom ulike faktorer og autonomi hos sykepleiere kan være fruktbart å ha informasjon om, da leger og sykepleiere jobber på de samme stedene.

av etiske spørsmål. Andre studier av sykepleiere (Perry 1986; Lemon, Cofer, Coleman, McGrail og McSweeney i Schutzenhofer & Musser) har vist en positiv sammenheng mellom formell sykepleierutdanning erfaring av autonomi. Perry (1986) og Lemon (i Schutzenhofer & Musser 1994) fant ingen sammenheng mellom antall år i praksis og autonomi, mens Cofer m.fl. (i Schutzenhofer & Musser 1994) fant en negativ sammenheng mellom erfaring og autonomi.

Flere studier senere år (Stoddard, Hargraves, Reed, & Vratil 2001; Burdi & Baker 1999; Schulz, Scheckler, Moberg & Johnson 1997; Girard & Scheckler 1992) har kommet fram til at autonomi er svært viktig for legenes trivsel på jobben. I litteraturen som sier noe om legers opplevelse av autonomi og jobbtilfredshet, har det vært vanlig å skille mellom leger som jobber i primærhelsetjenesten og leger som jobber i spesialisthelsetjenesten (Stoddard m.fl. 2001; Burdi og Baker 1999). Dette skyldes at helsepolitiske reguleringer påvirker tjenestene ulikt, og at arbeidsforholdene for leger på og utenfor sykehus kan være svært forskjellige.

Hva kjønn angår, har von Vultée, Axelsson og Arentz (2004) funnet at både kvinnelige og mannlige leger har opplevd tap av autonomi i senere tid, men at kvinnelige leger i kraft av å være underrepresentert i lederstillinger, rapporterer at de opplever å ha mindre innflytelse over arbeidet. Gjerberg (2002) fant at kvinner og menn nyter ulik positiv frihet som et resultat av deres respektive forhold til medarbeidere; menn opplevde å få bedre service fra sykepleierne enn kvinner, og dette gjaldt særlig i spesialiteter hvor kjønn er spesielt tydelig. Dette er tilfellet i mannsdominerte spesialiteter som kirurgi. De kvinnelige legene i utvalget opplevde også oftere at sykepleierne stilte spørsmål ved deres beslutninger, men dette kan, som Gjerberg (2002) også nevner, skyldes at kvinnelige sykepleiere i større grad tør å ytre sine meninger ovenfor kvinnelige leger.

I sosiologisk litteratur er autonomi viktig fordi det er et av hovedkennetegnene ved en profesjon, og essensielt for hva det vil si å være en profesjonell yrkesutøver (Harrison & Dowswell 2002). Temaet autonomi er derfor svært interessant på strukturnivå, såvel som på individnivå. Som vi skal se senere henger autonomi hos den enkelte yrkesutøver sammen med hvor autonom profesjonen som helhet er. Studiene referert til ovenfor viser at legenes opplevelse av å kunne ta selvstendige beslutninger i arbeidet og være autonome har blitt svekket. Som nevnt tidligere, finnes det teoretikere som hevder at legene er i ferd med, og nærmest har, mistet sin status som profesjon. Nedenfor følger de viktigste innleggene i debatten om utviklingen av legenes og den medisinske profesjons autonomi.

Proletarinseringstesen

McKinlay og Arches (1985), og McKinlay og Stoeckle (1988) har ansett reduksjonen i legenes autonomi som et resultat av en proletariseringsprosess hvor medisinen:

...is divested of control over certain prerogatives relating to the location, content and essentiality of its task activities, thereby subordinating it to the broader requirements of production under advanced capitalism (McKinlay & Stoeckle 1988).

Med dette mener McKinlay og Stoeckle at legenes mulighet til å styre innholdet i profesjonens oppgaver, samt hvordan disse skal utføres, i større og større grad blir fratatt profesjonen, som på sin side ender opp med å bli styrt som produksjonsenheter med fokus på økonomisk inntjening og effektiv drift. Denne teorien kan synes å legge i overkant mye vekt på endringen i det medisinske arbeidets organisering, i det McKinlay og Stoeckle hevder at legene har gått fra å være profesjonelle til å bli ”vanlige” lønnstakere som industriarbeidere og slik som for eksempel sykepleiere ble betraktet på 80-tallet. På den andre side er McKinlay og Stoeckles vektlegging av den økende byråkratiseringen av arbeidets organisering beskrivende for medisinen på 80- og 90-tallet. I Norge i dag er dette en tendens man, i tråd med New Public Management, forsøker å fjerne seg fra for å øke effektiviteten i tjenestene. Dette er forsøkt oppnådd med desentralisering av makt og ansvar slik at *helseforetakene*, i større grad enn sykehusene tidligere, styrer seg selv. Dette skal vi komme tilbake til når vi ser på helsepolitiske endringer i Norge og deres implikasjoner for legenes autonomi.

Deprofesjonaliseringstesen

Haug (1973) argumenterer for at legenes profesjonelle legitimitet og monopol på kunnskap er truet blant annet på grunn av den generelle økningen i utdanning blant befolkningen. Kunnskapsmonopolet trues også av andre profesjoner, i tillegg til at alternativ medisin har fått en forholdsvis stor plass i helsediskursen. Denne teorien kan i likhet med proletarinseringstesen synes å overdrive implikasjonene av de faktiske endringene den medisinske profesjon har gjennomgått. Legeyrket er fortsatt prestisjetungt, og profesjonen har fortsatt tillit som hovedforvaltere av befolkningens helse. Til tross for dette, er det tydelig hvor Haugs argumenter er hentet fra. Det er flere aktuelle tilstander i helsesektoren i dag som kan benyttes for å argumentere for en slik deprofesjonalisering. Nye ledelsesformer²² og en markedsorientert logikk har skapt nye betingelser for forholdene mellom leger og andre

²² ”Enhetlig ledelse”.

profesjoner, samt for forholdet legene imellom. For eksempel har lederstillinger på sykehus som tidligere var forbeholdt leger, blitt tilgjengelig for sykepleiere. Legenes maktposisjon i helsetjenesten utfordres, og autonomien svekkes for de som opplever dette som urett.

Haug (1988) fant senere at tap av kunnskapsmonopol ikke var en reell trussel; til tross for at den medisinske kunnskapen blir mer tilgjengelig for alle, er det ikke slik at alle har evne og mulighet til å *velge* ut den rette kunnskapen og deretter benytte seg av den for å løse egne og andres helseproblemer. Ritzer og Walczak (1988) forklarer deprofesjonaliseringen av legeyrket heller ved å argumentere for at profesjonen etter hvert har fått likhetstrekk med kapitalismen og byråkratiet. Kapitalistisk økonomi og byråkratiske organisasjoner har endret samfunnsstrukturene og bidratt til at legene stadig pådrar seg mer rasjonelle karakteristika (Ritzer & Walczak 1988). Mens altruisme, autonomi og autoritet over pasientene var det som tidligere karakteriserte leger og skilte dem fra andre yrkesgrupper, ble skillet mellom leger, kapitalister og byråkrater mindre da de fikk det viktige fellestrekket at de handler ut i fra *formålsrasjonelle* verdier. Ritzer og Walczak (1988) hevder i den forbindelse at det ikke lenger er noen grunn til at legene skal få beholde den distingverende merkelappen ”profesjon”. Deprofesjonaliseringen av medisinen forklares altså med strukturell endring som gjør at legene mister de karakteristiske kjennetegnene som gjør dem til en profesjon (Ritzer & Walczak 1988). Disse argumentene har likhetstrekk med argumentene de til som hevdet at legene var i ferd med å bli til ”vanlige” lønnstakere, og at legestanden var i ferd med å bli proletarisert (McKinlay & Arches 1985; Mckinlay & Stoeckle 1988). I tillegg ble det blant de som hevdet at legene var i en proletariseringsprosess påpekt hvordan legene stadig ble mer avhengige av andre for sin produksjon, og at de i større og større grad tapte kontrollen over egne arbeidsbetingelser (McKinlay & Stoeckle 1988).

Både teorien om proletarisering og teorien om deprofesjonalisering peker på at den medisinske profesjonens posisjon er svekket. Mens McKinlay og Stoeckle mener at årsaken til dette er at legene i større grad blir kontrollert og behandlet som vanlige lønnstakere, mener Haug at legenes posisjon utfordres av en mer utdannet og bevisst befolkning, samt tap av monopol på oppgaver som omhandler menneskers helse. Legene er ikke lenger den ultimate helbreder – de er utfordret av alternative medisinerere, psykologer og sykepleiere som er i stand til å utføre noen av de oppgavene som tidligere var ”legeoppgaver”. Ritzer og Walczak hevder at legerollen har endret seg fra å være preget av andreorientering til å drives av formålsrasjonalitet, og at legene derfor ikke lenger ”fortjener” å bli omtalt som profesjonelle. I motsetning til disse teoriene som peker på hvordan medisinen er i ferd med å miste sin

posisjon, hevder Freidson (1986, 1994) at den medisinske profesjonen er like autonom som tidligere.

En teori som ikke er nevnt over, men som også er knyttet til deprofesjonalisering har oppstått med bakgrunn i den endrede kjønns sammensetningen innen medisinen. Professor Carol Black har uttrykt bekymring for hvordan den økte kvinneandelen i medisinen kunne få innvirkning for profesjonens status og autonomi (Heath 2005). Heath (2005) har drøftet denne teorien med bakgrunn i britiske leger, og hevder at:

Only when Britain's gender pay gap has disappeared and sexual segregation of occupation has been minimised, when women no longer have to choose between personal commitments and professional power, will status and gender finally become disconnected (Heath 2005).

Det eventuelle tapet av status skyldes altså at den horisontale og vertikale kjønnsmessige likestillingen er manglende, og at det derav tilkommer forskjeller i lønn mellom kvinnelige og mannlige leger. Black og Heath frykter at lavere gjennomsnittslønn for leger vil være et resultat av den økte kvinneandelen, og at dette igjen vil føre til at legeyrket får lavere status. Hvorvidt ulikheter i lønn, spesialisering og forhold til sykepleierne slik Gjerberg (2002) tok opp kan resultere i ulik opplevelse av autonomi for kvinner og menn er uvisst, men ikke usannsynlig. Aasland (2006) har stilt seg tvilende til teorien om at flere kvinner i profesjonen fører til tap av posisjon, og mener heller at legenes fall fra pdestallen skjedde før andelen kvinner begynte å nærme seg andelen menn.

Fortsatt autonomi for legene

Freidson (1986, 1994) er på bakgrunn av argumentene Haug (1988) og McKinlay og medarbeidere (1985, 1988) har brukt for å argumentere for deprofesjonalisering og proletarisering enig i at *enkeltlegen* har mistet noe av sin mulighet til autonom yrkesutøvelse. Freidson mener likevel at profesjonen som *helhet* fortsatt står like sterkt, og er dermed uenig i at man kan snakke om en deprofesjonalisering eller proletarisering av medisinerne. I følge Freidson er forskjellen på den medisinske profesjonen før og nå at virkemidlene for å beholde kontrollen over eget felt har forandret seg. Profesjonen forstod at tilliten til dem selv var i ferd med å forvitte, hvilket gjorde at metodene profesjonen hadde for å kontrollere sine egne medlemmer stadig ble mer formaliserte (Armstrong 2002). Mens den gamle modellen krevde klinisk autonomi til den individuelle legen da dette skulle være til pasientens beste, består den

nye modellen i at profesjonen som helhet skal være autonom mot at de utøver intern kontroll over innholdet i enkeltlegenes kliniske praksis.

Freidson (1986) var opptatt av hvordan profesjonen på 80-tallet gjennomgikk en intern reorganisering hvor legene, delvis formelt og delvis uformelt, ble inndelt i tre undergrupper. Disse var grasrotlegene, kunnskapseliten og den administrativ eliten, hvilket Aasland (1997) hevder kan være en god beskrivelse også på utviklingen av den medisinske profesjon i Norge. Freidsons poeng var at en slik reorganisering av praksis ville opprettholde legenes autonomi som yrkesgruppe, og dermed ivareta legenes profesjonsstatus. Den administrative eliten styrer budsjetter, er sakkyndige, trygdeleger og de som er i kontakt med staten i forhandlinger om midler og styring av helsetjenesten. Kunnskapseliten bestemmer prosedyrer for terapi og diagnostiske verktøy, mens grasrotlegene er profesjonens ansikt utad mot folket. På denne måten skal legene imøtekomme ”kjøpernes”²³ krav om kunnskapsbaserte prosedyrer og bedre resultater (Aasland & Light 2003). Slik forsvinner trusselen mot legenes kunnskapsmonopol, men som en bakside av denne utviklingen har flere (Freidson 1970, 1986; Førde 2003) påpekt hvordan legens individuelle autonomi trues.

Implikasjoner for legens individuelle autonomi

De foregående teoriene peker alle på forhold som kan bety en innskrenking av autonomi for den enkelte lege. Det er viktig å huske at disse teoriene hovedsaklig omhandler profesjonen som helhet, og dermed ikke kan overføres direkte på individnivå. Likevel vil det være slik at det som påvirker organisasjoner og profesjoner nødvendigvis også vil påvirke dens medlemmer.

Når det gjelder Carol Blacks bekymring for kvinnes eventuelle overtakelse av det kjønnsmessige flertallet innen legestanden bør et først å fremst understrekes at det er menn som stort sett dominerer de mektige posisjonene innen medisinen. I tillegg er det som Aasland (2006) hevdet slik at kritikken mot legeprofesjonen og tap av tillit oppstod allerede på 70-tallet da det fantes svært få kvinnelige leger. Dessuten er det grunn til å tro at leger, uansett kjønn, på samme spesialiseringsområde har de samme frihetsbegrensningene og mulighetene til å ta beslutninger på egenhånd. Likt arbeidssted og lik stilling skal i utgangspunktet gi samme positive frihet. Det bør dermed ikke være forskjeller mellom kvinner og menns opplevelse av autonomi. Det er riktignok mulighet for at mannlige leger *gjennomsnittlig* erfarer større grad av autonomi enn kvinnelige leger fordi det er flere menn i ledende stillinger

²³ Staten som betaler legene for å gi helsetjeneste til folket og pasientene som mottar individuell medisinsk assistanse fra legene.

(DNL 2007a). Denne problemstillingen blir mindre aktuell i denne undersøkelsen som ser på leger som er under opplæring.

Dersom McKinlay og Stoeckle (1988) skulle ha rett i sin proletariseringstese, ville dette resultere i store endringer for enkeltlegen. Dersom legen ble ansett som en lønnstaker på lik linje som for eksempel en industriarbeider ville legen ikke hatt tillit, status og autonomi som tidligere. Profesjonen som helet ville ei heller hatt mulighet til å bestemme innholdet i for eksempel medisinstudiet. Legen ville da ikke kunne nytt den autonomien hun gjorde tidligere, fordi tillit er en forutsetning for autonomi. På bakgrunn av dette virker proletariseringstesen lite fruktbar for å analysere norske forhold, da profesjonen har relativt sterk kontroll over eget virke og fortsatt en autoritet og posisjon som i stor grad er forbeholdt leger, heller enn andre yrkesutøvere.

Haug (1973) teori om deprofesjonalisering synes slik som en bedre utfordrer til Freidsons teori enn proletariseringstesen. Dersom legene tapte autonomi, ville Haugs (1973) teori om deprofesjonalisering vært passende, da Freidson selv hevder at det er *autonomi* som tester profesjonsstatus (1970). Argumentene Haug (1973, 1988) presenterer er høyest aktuelle; at vi har høyt utdannede mennesker og utfordrere til ”helbredrollen” er tilfelle. Men lite tyder på at legene skal bli fratatt sitt mandat og sin posisjon. Det er heller ikke slik at legene har blitt til idealtypiske byråkrater, selv om Ritzer og Walczak peker på noe viktig når de bemerker hvordan legene stadig pådrar seg mer rasjonelle karakteristika. Legene har både økonomisk og faglig tillit fra staten, og fremstår fortsatt som den kanskje mest tydelige profesjonen i vår tid. Freidsons teori synes således som den mest anvendelige å bruke om utviklingen av legenes autonomi og posisjon i samfunnet. Det økende fokuset på evidensbasert medisin støtter hans antakelser; profesjonen er bevisst at evidensbasert praksis gir mindre frihet til den enkelte lege, men anser det som viktigere at profesjonen som helhet beholder sin posisjon. Felles for endringene som har ført til diskusjonen rundt tap av autonomi og profesjonsstatus er en nyere styringsideologi kalt *New Public Management*. NPM er ”en samlebetegnelse for et sett av ideer, teorier og modeller som kan legges til grunn for styring og organisering av offentlig sektor” (Lian 2003: 96). Disse ideene og modellene som legges til grunn er inspirert av markedsorientering, privat sektor, og omfatter skjerpede krav om effektivitet, fleksibilitet og målrettethet (Lian 2003). Hovedtekkene i denne ideologien som vi gjenkjenner fra helsesektorer i hele den vestlige verden og fellestrekkene ved denne utviklingen gjør det interessant å bruke utenlandsk litteratur for å si noe om utviklingen av legenes autonomi i Norge. Nedenfor følger hva som har vært viktig i forbindelse med legenes autonomi i Norge, knyttet til NPM-inspirerte helsepolitiske endringer.

Helsepolitiske endringer i Norge

I tillegg til den generelle verdimeldinga fra sosial og helsedirektoratet (1999) som skulle drøfte ”sentrale verdispørsmål knytt til planlegging, utbygging og drift av den norske helsetenesta i tida framover”(s. 5), har det blitt gjennomført en rekke andre reformtiltak innen norsk helsepolitikk fra 1990 årene til i dag. Både sykehusene og primærhelsetjenesten har gjennomgått store endringer, og pasientenes rettigheter har blitt styrket gjennom juridiske virkemidler. Foruten pasientrettighetene er innføringen av innsatsstyrt finansiering (ISF), foretaksorganiseringen av sykehusene og fastlegeordningen (FLO) helsepolitiske reformer som har endret legenes arbeidssituasjon og som slik kan påvirke hvordan dagens leger opplever autonomi. Dette fordi disse helsepolitiske setter betingelsene for legenes handlingsrom. For å bedre forstå hva legene har å forholde seg til utover pasienter, kolleger og ressurser skal vi kort se på de ulike helsepolitiske endringene som har vært bestemmende for legenes handlingsrom og mulighet for å erfare autonomi. Det er her viktig å huske på at en av hensiktene med disse endringene var nettopp å innskrenke legenes frihet, slik at staten får større kontroll over deres virke.

Innsatsstyrt finansiering

Etter kritikk mot rammefinansieringen av sykehus fra Eilertsenutvalet, ble det i NOU 1987: 25, ”Sykehustjenester i Norge”, foreslått å innføre en ordning hvor finansieringen av sykehusene delvis skulle bestå i stykkprisfinansiering for å ”motivere sykehusene til å behandle flere pasienter og dermed forbedre det totale tjenestetilbudet”. Rammefinansieringen av sykehusene ble kritisert for å ikke stimulere til effektiv ressursutnyttelse og for mangelfulle muligheter til mål- og resultatstyring. Dessuten ble det hevdet at de som drev med den faktiske produksjonen av helsetjenester måtte få bestemme mer over hvordan ressursene skulle brukes, enn hva rammefinansieringen tillot. Etter et forsøksprosjekt hvor fire somatiske sykehus fikk innført stykkprisfinansiering var evalueringen av prosjektet svært sprikende (Lian 2003: 77). I 1996 ble ordningen likevel innført med 30 % stykkprisfinansiering og 70 % rammebevilgning. Ordningen innebærer at sykehusenes inntekter er avhengige av antall pasienter som blir behandlet og hva de ble behandlet for. I 2002 var stykkprisfinansieringsandelen hele 55 %. Dette er ment å oppmuntre til effektivt arbeid, da avdelingene på sykehuset får beholde det eventuelle overskuddet som fortjeneste. Innføringen av fritt sykehusvalg er ment å stimulere konkurransen mellom sykehusene ytterligere, og slik

har det blitt viktig for legene å delvis endre handlingsmotivasjonen til å inkludere et ønske om å oppnå økonomisk profitt i tillegg til motivasjon i form av faglig engasjement, utvikling og ønsket om å hjelpe andre. Problemene i forhold til autonomi oppstår når legene må ta handlingsvalg hvor eget faglig skjønn kan ende opp med å måtte vike, for eksempel fordi behandling av pasienter som er i sykemelding gir større inntjening til avdelingen enn behandling av pasienter med mer alvorlige tilfeller av samme diagnose, men som ikke er i lønnet arbeid. Dette skaper misnøye blant legene, som forholde seg til politikernes vedtak om finansieringssystemer og hvem som skal prioriteres, selv om disse bestemmelsene oppleves som illegitime. ”Politikerne blir ikke konfrontert med konsekvensene av sine bevilgninger, sorteringen av hvem som er ”verdige” en intensivplass overlates jo til avdelingsoverlegen, som på sin side blir garantist for en medisinsk behandling som ofte oppleves som uforsvarlig”, skriver Wyller (2000) om den politiske styringen av helsevesenet.

Foretaksorganiseringen

Fra 2002 tok staten over eierskapet til de tidligere fylkeskommunale sykehusene, og sykehusene gikk fra å være forvaltningsorganisert til å organiseres som foretak. Dette innebar at driften av spesialisthelsetjenesten ble overtatt av fem regionale helseforetak (RHF) som i 2007 og ble til fire da Helse Øst og Helse Sør ble til Helse Sør-Øst. Det er RHFene som har ansvaret for at innbyggerne i deres respektive områder har tilgang på nødvendige helsetjenester. Disse helsetjenestene kan enten tilbys av helseforetakets institusjoner, eller de kan kjøpes inn fra andre offentlige eller private institusjoner (Lian 2003: 83).

Foretaksorganiseringen har gjort foretakene til egne rettssubjekter som selv har ansvaret for å sette helsepolitikken i drift. Slik har man skapt et klarere skille i ansvars- og rollefordelingen mellom stat og RHF. Ytterligere tanker bak denne reformen er desentralisering av beslutningsmyndighet og en større grad av standardisering av medisinsk behandling. Dette i kombinasjon med ISF og behovet for økonomisk inntjening kan true legenes autonomi, da den desentraliserte beslutningsmyndigheten mister noe av sin positive hensikt i det sykehusene blir til bedrifter som må tjene penger på å selge helsetjenester til staten.

Fastlegeordningen

Kommunene har ansvar for primærhelsetjenesten hvor allmennlegene jobber. Mens kommunene tidligere hadde stor frihet til å bestemme hvordan de ønsket å forvalte ansvaret for primærhelsetjenestetilbudet med allmennleger, innebærer fastlegeordningen (FLO), at

dette tilbudet primært skal organiseres ”med utgangspunkt i kontrakter med leger som er selvstendig næringsdrivende”²⁴ (Lian 2003: 87). Denne ordningen ble innført i 2001 og er et system der legen har en viss mengde pasienter på sin liste som legen har ansvar for. Som erstatning for fastlønn ble det innført en lønnsmodell bestående av basisgodtgjørelse for hver pasient på lista, refusjon fra folketrygden og egenandeler fra pasientene. Legenes næringsdrift baseres på en avtale om økonomiske tilskudd fra det offentlige, mot at legen innretter sin praksis i henhold til forpliktelser i lovgiving og retningslinjer for øvrig (Befring & Mikelsen 2003). En lege med heltidshjemmel er for eksempel pålagt å ha ”åpningstid” på minst 28 timer per uke i minst 44 uker i året (Lian 2003: 87).

Nyborg (2007) har påpekt at helsepolitikken har rammet leger på sykehus og allmennleger noe ulikt da hun hevder at legene som jobber på sykehus fortsatt kan velge bort å ha med økonomiske og administrative forhold å gjøre. Intensjonene i statens reformer er at *alle* praktiserende leger skal ta overordnede helseøkonomiske hensyn i betraktning, men Nyborg hevder at:

Slik det er nå, har mange overleger hatt en slik administrativ stilling i en periode, men så har de gått tilbake til klinikken. Kanskje de merket at de ikke egnet seg så bra til å administrere. Kanskje syntes man at det var kjedelig. Atter andre finner ut at de trives og fikser denne typen oppgaver bra og fortsetter. Men i sykehuset har man fortsatt et valg (Nyborg 2007).

Hun peker også på hvordan det kan virke avskrekkende å ta opp praksislån for å kunne starte egen praksis og slik få avtale med en kommune. Yngre leger er stort sett i etableringsfasen og en økonomi som er preget av nedbetaling av lån (Nyborg 2007). Hvis dette gjør at yngre leger ikke kan velge å arbeide med det de helst ønsker, vil dette kunne påvirke legenes opplevelse av autonomi.

Uansett om de helsepolitiske endringene har rammet ulikt, er det ingen tvil om at de er retningsgivende og bestemmende for alle legers handlingsrom. Det virker ganske tydelig at legenes arbeidsforhold påvirkes av at institusjonene de jobber i organiseres som om de var private bedrifter som konkurrerer om økonomisk inntjening. Lian (2003) er opptatt av dette i ”Når helse blir en vare”, mens vi her er opptatt av disse forholdene fordi de er formende for legens positive frihet og slik har betydning for hvordan leger opplever sin autonomi. Et annet spørsmål er om det økonomiske fokuset vil påvirke de unge og forholdsvis uerfarne legene på samme måte som det synes å gjøre for deres eldre kolleger. Det er mulig at unge leger ikke

²⁴ Kommunene kan fortsatt ansette leger på fast lønn, men privat praksis er hovedmodellen.

opplever økonomisk press like sterkt som overlegene med større ansvar, eventuelt budsjettansvar og administrative oppgaver. For allmennlegene derimot kan dette være betydningsfullt, slik Nyborg (2007) påpeker.

Pasientrettigheter

Helsepersonelloven, spesialisthelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven inneholder alle forskrifter som skal styrke pasientens rettigheter ved hjelp av juridiske virkemidler (Lian 2003: 72). Den førstnevnte regulerer helsepersonellens plikter og den andre har lovfestet hvilke rettigheter pasienter har i møtet med spesialisthelsetjenesten. Pasientrettighetsloven har lovfestet hvordan nødvendig helsehjelp skal prioriteres. Det viktigste ved denne loven i denne undersøkelsens henseende er at den gir pasienten sterke rettigheter med hensyn til medvirkning, informasjon og samtykke (Lian 2003: 74).

I tillegg til formelle lover om pasientautonomi og informert samtykke, og kanskje mer viktig, er den økende tilgangen på informasjon. Via bøker og lett tilgjengelige kilder på internett kan pasientene ”utdanne” seg innen sitt eget sykdomsbilde og forsøke å gi seg selv diagnose. De kan lese om diagnosene de *har* fått av legen, og tolke informasjonen de får for eksempel gjennom internett i lys av informasjonen de fikk fra legen. Pasienten kan stille spørsmål ved legenes kompetanse og avgjørelser på en måte som vanlige lekfolk ikke hadde forutsetning for å gjøre tidligere. Dette kan by på problemer for legene – ikke fordi pasientene ikke skal få tvile på legenes avgjørelser, men fordi dette krever mer tid og ressurser fra legenes side. Pasientenes rettigheter i kombinasjon med fritt sykehusvalg og fritt valg av fastlege kan føre til at legen opplever press og diskrepans mellom faglige vurderinger og pasientenes ønske. Fordi legen må ta økonomiske hensyn på vegne av seg selv, organisasjonen og samfunnet som helhet, åpner slike situasjoner for en hel del kompliserte avveininger for legen.

Lege, Pasient og Tillit

Mens myndighetene tvinger sykehusene til å drive profittorientert, og dermed legene til å endre sin medisinske logikk til en mer økonomisk-rasjonell logikk, svekkes det som er selve grunnlaget for at legene har autonomi. Tillit fra staten er bakgrunnen for den politisk funderte autonomien legene har, men i demokratiet er tillit fra befolkningen vel så viktig for å opprettholde autonomi og status. Folkets tillit til legene er bygget opp gjennom historien, men både før og nå ligger hovedgrunnen til denne tilliten legenes kompetanse. Den spesialiserte

kompetansen gjør dem til forvaltere av menneskets viktigste livsverdi; helse (Fugelli, Stang, Wilmar 2003). ”Det er [difor] ofte tillit som opprettar relasjonen mellom pasient og lækjar, og gjev lækjaren handlingsrom”, skriver Grimen (2001). Uten tillit blir dermed legens handlingsrom, positive frihet, svært begrenset.

Legens handlingsrom, eller positive frihet, er i tillegg til legens formelle myndighetsområde altså avhengig av hvilken tillit pasienten har til henne. Pasienten og legen skal i utgangspunktet være likeverdige og autonome, men utgangspunktet for møtet mellom lege og pasient er grunnleggende asymmetrisk. Pasienten er syk og behøver legens hjelp og kompetanse for å bli et friskt, helt menneske igjen. Hvis det er slik blant andre Schei (2003) og Berg (2003) har foreslått, nemlig at legene har *makt* i lege-pasientforholdet, vil dette i følge Grimen (2001) øke legenes sjanse for tillit fra pasienten. Grimen mener det er tre mulige grunner til at legemakt skaper tillit; manglende valgfrihet for pasienten, legen som legitim autoritet og troen på at andre har makt til å gjøre ting en selv ikke kan. Den manglende valgfriheten kommer av pasientens situasjon som syk og hjelpetrengende – i noen tilfeller handler det om liv eller død, og da kan pasienten vanskelig *velge* å være på et annet sykehus, utsette behandlingen eller lignende. Dersom pasienten ønsker å bli frisk har han ikke noe annet valg enn å gi legen handlingsrom og tillit, som igjen gir legen autoritet. Denne autoriteten og legens legitime herredømme (Weber 1971) i relasjonen til pasienten, kan skape tillit gjennom legenes lovfestede rett til behandling av sykdom, tradisjonell tro på leger som helbreder og enkeltlegens personlige egenskaper. Dette betyr at en av årsakene til at makt skaper tillit, er at pasienten aksepterer legen som en legitim autoritet. Grimen (2001) forklarer at legen kan få tillit fordi: ”Ein pasient kan byggje tillit til lækjaren på trua på at lækjaren kan gjere ting pasienten treng. Han lit på lækjaren fordi han trur at lækjaren er instrumentelt effektiv”. Pasienten tror altså legen, med bakgrunn i den gitte leges kompetanse, kan være en effektiv helbreder av hans sykdom. Pasienten gir dermed legen tillit.

Fugelli (2001) hevder at tilliten til medisinen stadig forvitrer, og dersom sammenhengen mellom makt og tillit er slik Grimen beskriver, vil dette bety at også legens potensial for makt og autonomi blir mindre. Kritikere av medisinerens makt og posisjon har pekt på hvordan den medisinske profesjon ikke klarer å holde ”orden i egne rekker”, og at dette til hovedårsaken for at legene får mindre tillit. Uansett om det er organisasjoner, institusjoner eller enkeltleger som handler kritikkverdig vil all slik atferd påvirke i hvilken grad både profesjonen som helhet og enkeltlegen har og får tillit; tillit til personer og tillit til institusjoner henger sammen (Grimen 2001). Det virker å være en allmenn sannhet at tilliten til leger og den medisinske profesjon har blitt svekket i senere tid, og flere har sett det økende

fokuset på evidensbasert praksis som en form for tillitsreparasjon²⁵. Grimen (2001) presenterer videre i sin artikkel om tillit og makt, tre måter å gjenvinne tillit på. En av de er kunnskap og effektivitet, for eksempel evidensbasert medisin. En annen løsning på tillitsproblemet er et nytt etisk fokus på hvor man ser på hver enkelt pasient og hvert enkelt møte mellom lege og pasient som unikt. En tredje løsning handler om å styrke legenes autonomi slik at de har færre retningslinjer å forholde seg til. Dette innebærer at legen slipper å ta motstridende hensyn, og på denne måten unngå at pasientene mistenker legene for å nedprioritere dem på bakgrunn av for eksempel økonomisk inntjening eller sparing.

Denne sistnevnte formen for tillitsreparasjon vil, hvis vellykket, bidra til å styrke tilliten til legene nedenfra og opp. Pasientene får gode erfaringer med enkeltlegene som i større grad kan gi den behandling de selv mener er best. De trenger ikke å bekymre seg for ikke-lovpålagte retningslinjer, økonomi- og effektiviseringshensyn i like stor grad, og profesjonen tjener tillit da pasientene blir fornøyde etter sine treff med helsevesenet. Enkeltlegen får ytterligere tillit og autonomi på bakgrunn av den økende tilliten til organisasjonen (som følge av befolkningens gode opplevelser). De to andre tiltakene for styrket tillit som omfatter etiske og kunnskapsmessige hensyn er ikke uten videre compatible med tanken om å styrke enkeltlegens autonomi. Men hvis man kobler de to sammen og tenker at man skal styrke fokuset på generell, faglig og etisk kompetanse, vil dette igjen bidra til å legitimere sterkere autonomi til legene. Hvis man derimot satser på kunnskap og effektivitet alene som tillitsreparatører for medisinen er det fare for at dette resulterer i et økende fokus på den evidensbaserte praksisen og dens forankring i randomiserte, kontrollerte forsøk, samt fastsatte retningslinjer som igjen fratar enkeltlegen autonomi. I verste fall blir legen en maskin som utfører gitte prosedyrer. Slik er det riktignok lite sannsynlig at medisinen vil ende opp, da leger sjelden møter identiske situasjoner.

Årsakene til at legene har mistet tillit er i liten grad manglende fagkunnskap - tillitstapet skyldes heller forhold knyttet til etisk kompetanse og mangel på profesjonelle kommunikasjonssevner. I en rapport fra Legeforeningen står det:

Henveldelser til pasientombudene og til Norsk Pasientforening viser at det er et stykke igjen før gjensidig dialog er en riktig beskrivelse av møtet mellom pasient og helsepersonell. Tvert i mot opplever mange pasienter og deres pårørende at kommunikasjonen med helsepersonellet svikter og at informasjonen de får er mangelfull eller dårlig. Den kan være motstridende og ufullstendig slik at pasientene

²⁵ Dette er et svært godt eksempel på hva Freidson (1986, 1994) mente med at den medisinske profesjon stadig finner nye måter å opprettholde sin posisjon på.

ikke får nødvendig innsikt i sin helsetilstand eller innholdet i og konsekvensene av behandlingen (DNL 2005: 9).

Man kan derfor tenke seg at det er nettopp denne type kompetanse som bør styrkes for at både stat og potensielle pasienter skal få tillit til helsevesenet generelt og legene spesielt. Er det slik at leger med gode kommunikative og etiske ferdigheter er mer autonome enn andre? Slike evner vil trolig kunne bidra til økt opplevelse av autonomi for legene ved at de lettere kan forstå og samarbeide med pasienten, samt være mer bevisste på etiske forhold ved beslutningene de tar. Ulricj, Soeken og Miller (2003) fant jo nettopp i sin studie av sykepleiere at de som hadde utdanning innen etikk, og at de som var opptatte av etiske spørsmål i større grad enn andre opplevde å være autonome i arbeidet. Kommunikative ferdigheter kan virke svært tillitskapende i forholdet til pasienten og bidra til å gi legen større frihet i forhold til pasienten i forholdet dem i mellom. Dette fordi det vil bidra til at pasienten stoler på legen.

Tillit og makt er med på å forme en leges handlingsrom, positive frihet, og er slik viktige deler av en leges autonome praksis. Selv om autonomi i følge Grimen (2001) kan være et alternativ for å styrke tilliten til legene²⁶, må det ikke glemmes at legens profesjonelle autonomi er tuftet på tillit til at legene er den gruppen yrkesutøvere som er best egnet til å ivareta samfunnsoppdraget om å opprettholde befolkningens helse. Dette forutsetter at legene sitter inne med den nødvendige kompetanse for å kunne forvalte befolkningens helse på best mulig måte, og bedre enn andre yrkesgrupper. Uten legens kompetanse og derav tillit fra pasienten ville det trolig ikke være noen form for profesjonell autonomi å diskutere. Det er derfor interessant å finne ut om det er en empirisk sammenheng mellom kompetanse og autonomi.

²⁶ Tilliten skal styrkes gjennom å gi legene autonomi til å utføre arbeidet slik deres medisinske logikk forteller at det skal utføres. Problemet med dette er at det ikke finnes ubegrensede mengder penger å bruke på helse, og dette er også en av hovedgrunnene til at staten har eierskap over sykehusene. På en måte har staten fått mindre kontroll over sykehusenes økonomi, men på den andre siden er det klart hvem som har ansvaret for underskudd osv.

Del 2: Teori og tidligere forskning

Kompetanse: en utvidet forståelse

Ikke bare for den medisinske profesjonen spesielt, men også for profesjonelle sammenslutninger generelt, har kompetanse sammen med autonomi vært viktige kjennetegn. Den *spesialiserte* kompetansen på feltet er bakgrunnen for at akkurat legene fikk i oppgave å forvalte befolkningens helse og for at de fikk den ekspertfunksjonen de har i samfunnet. Autonomien på det medisinske feltet er ikke nødvendigvis tildelt legene permanent – den er avhengig av at legene og den medisinske profesjon til en hver tid er de mest kompetente til å ta seg av det samfunnet har definert som medisinske oppgaver. Autonomien er slik ikke absolutt, men avhenger av toleranse og beskyttelse fra staten (Freidson 1970).

There is a [similar and] important constraint regarding specialized knowledge. The specialized knowledge maintained by a profession is the root of its autonomy. In the areas in which this specialized knowledge is critical, the profession has a claim to autonomy. It is reasonable that society grant the right to do the work to those with the necessary knowledge... If specialized knowledge does not exist, the professional has no right to autonomy (Mirvis 1993).

Mirvis (1993) hevder altså at det er fornuftlig at myndighetene gir mandat til å arbeide med et visst felt til de som har den nødvendige kunnskapen til å utføre det aktuelle arbeidet. Han understreker også, i likhet med Freidson, hvordan profesjonens autonomi står og faller på deres evne til å opprettholde spesialisert kunnskap på feltet. Man har altså ingen rett til å kreve autonomi dersom slik spesialisert kunnskap ikke eksisterer.

Begrepene ”kunnskap” og ”kompetanse” har vært brukt både hver for seg (Eurat 2002) og om hverandre (Heggen 2003). Jeg vil ikke skille mellom de to begrepene, men heller anse kunnskap og kompetanse som ett og samme begrep. En generell tendens i litteraturen er interesse for et mer omfattende kompetansebegrep (Eurat 2002; Heggen 2003; Nygren 2004), hvor også personlig kompetanse i for av for eksempel *empati* som ressurs i profesjonelt arbeid har fått en mer fremtredende plass.

Det overordnede målet for legene er ”å yte best mulig helsetjeneste for pasienten” (DNL 2005), og denne ytelsen skal være kunnskapsbasert; bygge på det DNL kaller ”faglighet”. Faglighet er i tråd med kompetansebegrepet bredt og omfatter mer enn biomedisinsk kompetanse alene. ”Medisinsk faglighet bygger på ferdigheter, erfaringer, holdninger og etisk bevissthet som den enkelte lege tilnærmer seg gjennom praktisering av

faget” (DNL 2005: 6), og personlige ferdigheter og profesjonsetikk anses like viktig som medisinskfaglig kompetanse. I tillegg omfatter kompetanse den profesjonelle som *person* og denne personens *normative* grunnlag (Heggen 2003). Heggen (2003) lister opp fagkunnskap, praktiske ferdigheter, personlige evner, verdier og holdninger som ulike former for kompetanse den profesjonelle kan gjøre praktisk bruk av i en yrkessituasjon. Michael Eurat (2002) har også regnet kunnskaper, ferdigheter og verdier som sentrale elementer i profesjonell kompetanse. Legens verdier og holdninger er viktig i forholdet til pasienten.

Legenes autonomi er et resultat av tilliten de har opparbeidet seg fra myndigheter og befolkningen forøvrig gjennom kompetanse, vitenskap og en høy moralsk standard:

Within the specific context of the medical profession, there has been an emphasis on altruism and the responsibility of physicians to embrace values that place patients' medical needs over physicians self-interest. High moral and ethical standards recognition of a commitment to societal needs, and humanistic values such as integrity, trustworthiness, respect and empathy are also recognized as key elements of medical professionalism (Soddard, Harhraves, Reed, Vratil 2001).

Humanistiske verdier, samfunnsbevissthet og kompetanse utover den rent teknisk-vitenskapelige er altså viktig deler av medisinsk profesjonalitet. Følgelig er ikke medisin vitenskap alene, men også moral. Legen må ha kompetanse til å gjøre det som er *riktig* for pasienten (Schei 2003).

Grunnforståelsen av kompetanse som bestående av flere dimensjoner er utgangspunktet for en dypere gjennomgang av hva kompetanse her skal omfatte. I forkant av en analytisk gjennomgang av kompetansebegrepets dimensjoner, minner jeg om at de ulike typer kompetanser ikke er isolert fra hverandre, men integreres i den profesjonelles *handlingsberedskap* (Nygren 2004). Begrepet om handlingsberedskap stammer fra Nygren (2004) og er ment å beskrive den enkelte leges spesielle handlingsgrunnlag. Vi skal her bruke Nygrens teori til å se på forskjellen mellom kunnskaper og ferdigheter, og således ikke gjennomgå alle aspektene ved hans teori om kompetanse.

Kunnskaper

Nygren snakker om *yrkesrelevante kunnskaper* som et seksdelt begrep. For det første innebærer kunnskap om hvilke fenomener eller problemer som tilhører profesjonens *intervensjonsobjekt*. En profesjon sitt intervensjonsobjekt er den delen av samfunnet vi har gitt profesjonen legitimitet til å intervenere i. For eksempel må en lege vite at sykdom i ulike former er intervensjonsobjekt som tilhører den medisinske profesjon. For det andre må

profesjonsutøveren ha kunnskap om hvilke årsaker som finnes til problemene og fenomenene innenfor deres jurisdiksjonsområde eller intervensjonsobjekt. Herav følger at en lege skal vite at kondom er det eneste prevensjonsmiddelet som beskytter mot kjønnssykdommer, og hvis en pasient kommer til legen med klamydia er dette ofte grunnet ubeskyttet seksuelt samvær. Det tredje legen må vite noe om hvordan disse samme problemene og fenomenene kommer til uttrykk; legen må vite om symptomene på ulike sykdommer for å kunne stille diagnose og gjennomføre nødvendige undersøkelser på pasienten. For det fjerde må legen ha kunnskap om egne personlighetstrekk og ”om hvordan disse innvirker i samspill med andre mennesker generelt og i yrkespraksis spesielt” (Nygren 2004: 175). Dette kan blant annet handle om legens kunnskap om hvordan hun som person opptrer under press, og at stress fra hennes side påvirker pasienten negativt. Hvis man er bevisst på personlighetstrekk som dette, kan man lettere forsøke å endre atferden slik at den i det minste ikke virker negativt på pasienten. Dette er også Edvin Schei (2001) ved seksjon for allmennmedisin i Bergen opptatt av, noe han skriver om i artikkelen ”Menneskekunnskap som klinisk kompetanse”. Schei mener at legen som ”overmektig vert og premissleverandør” må ”kjenne til både de store hindringene og de rike potensialer som ligger i den medisinske settingen” (2001). Legen må altså bruke sine personlige evner til å hente ut potensialene i møtet med pasienten, hvilket krever at legen kjenner seg selv. Til slutt må legen for det 5. ha kunnskap om de lover og forskrifter som regulerer den medisinske profesjon og for det 6. ha kunnskap om viktige samarbeidspartnere og hvordan *deres* praksis er organisert. Allmennlegen må vite at en pasient som møter opp med tvangstanker og søvnproblemer skal henvises til en psykolog. Når disse seks delene av den yrkesrelevante kunnskapen har blitt oppøvet gjennom utdanning og praksis blir de til *yrkesrelevante ferdigheter*.

Ferdigheter

Nygren (2004) beskriver yrkesrelevante ferdigheter på én side som yrkesrelevante kunnskaper som har blitt til instrumentelle ferdigheter man kan bruke til å utføre profesjonelle arbeidsoppgavene med. Denne omdannelse fra kunnskap til ferdigheter vil i de fleste tilfeller kreve en viss mengde praksis (trening) før de vil fungere instrumentelt. Ferdigheter er slik noe mer enn kunnskap. En lege som har tatt mange beslutninger om prioritering av pasienter til psykiatriske tjenester, vet hvordan hun skal kombinere retningslinjene fra myndighetene, fra profesjonen og eget skjønn for å fatte en best mulig beslutning i det aktuelle tilfellet. Legen gjør da *instrumentelt* bruk av de former for yrkesrelevant kunnskap som viser seg relevant i

den aktuelle beslutningsprosessen. Det er ikke usannsynlig at de nyutdannede legene, til tross for at de kun har jobbet som lege i rundt tre år, vil oppleve å ha mye av det vi her skal beskrive som yrkesrelevante ferdigheter, fordi de første årene av legepraksisen er preget av lange arbeidsdager, mye læring, og arbeid under press. Denne siden av de yrkesrelevante ferdighetene skal jeg kalle *instrumentelle ferdigheter*.

På den annen side skriver Nygren (2004) at yrkesrelevante ferdigheter også kan være hvordan man kan bruke yrkesrelevant innsikt i og kjennskap til sin egen personlighet som ressurs i profesjonell praksis. Om hvordan denne kjennskapen til egen personlighet kan brukes som middel i profesjonell måloppnåelse skriver Nygren:

...likevel skal de profesjonelle personlighetsregulerende ferdigheter sees på som instrumentelle ferdigheter, siden det er snakk om de ferdigheter som personen bruker for å regulere de praksisrelevante delene av sin egen personlighet i en bestemt yrkespraksis på en måte som fremmer bestemte mål (Nygren 2004: 176).

Dette betyr at legen automatisk kan benytte seg av sin evne til innlevelse i andres situasjon for å bedre forstå pasienten. Schei (2001) har også hevdet at ”for å klare å være til hjelp må leger (derfor) oppøve særegne samtaleferdigheter som ikke er nødvendige i alminnelig prat mellom folk”. For at disse ferdighetene skal virke naturlig i samtale med pasienten må de være instrumentelle. For å skille denne typen yrkesrelevante ferdigheter fra det jeg over kalte instrumentelle ferdigheter, skal den i resten av oppgaven omtales som *relasjonelle ferdigheter*.

Den samlede handlingskompetansen: Handlingsberedskap

Yrkesrelevante kunnskaper og ferdigheter er med på å forme den profesjonelles handlingsgrunnlag sammen med den profesjonelles holdninger og verdier. For en nyutdannet allmennlege utvikles handlingsberedskapen i spesifikke kontekster og i sammenheng med den posisjonen som en nyansatt allmennlege har (Nygren 2004). Slik vil legens utdanning og spesifikke kunnskap om fysiske, medisinske forhold, kjennskap og innsikt i egen personlighet og hvordan denne kan brukes til å oppnå yrkesmessige mål, mulig kontroll over ytre betingelser og ulike yrkesidentiteter *integreres* på legens arbeidsplass i de ulike yrkessituasjonene hun erfarer, og danne grunnlag for handlingsberedskapen som skal bestemme hvordan legen vil møte sine kommende utfordringer i profesjonell praksis. Denne prosessen vil også oppøve de instrumentelle og relasjonelle ferdighetene. Denne sammensatte kompetansen som inneholder refleksjon over egen personlighet og mellommenneskelige

forhold vil kunne bidra til økt autonomi for legen gjennom sterkere tillit fra pasienten og samfunnet forøvrig. Kompetansen kan også spare legen selv for frustrasjon i beslutningssituasjoner, noe som svært sannsynlig oppstår dersom legen vektlegger teknisk kunnskap og medisinskfaglig vitenskap alene;

Medisinsk kompetanse krever en syntese av ”de to kulturer”. Legen må ha innsikt både i kropp og sinn, biologi og fortolkning, pasienter samfunn og seg selv. Vi lever i en teknologidominert kultur, og legeutdanningen står hele tiden i fare for å utarte til overdrevent teknikkeri, fordi det er lettere å synliggjøre behov for teknisk kompetanse enn humanistisk (Schei 2001).

Dette fordrer at legene ser verdien av å ha kunnskap om begge kulturene, og hvorvidt de har denne forståelsen beror blant annet på hvilke verdier legene har. Selv om innsikt i ”de to kulturer” er noe alle typer leger behøver, er det ikke slik at alle leger trenger identiske handlingsberedskaper. Hvilke arbeidsoppgaver man har og hvor man jobber vil være avgjørende for hva man trenger å kunne for å utføre arbeidet best mulig.

Ulik handlingsberedskap for ulike leger

Divergensen i legenes arbeidsoppgaver og kravene til kjernekompetanse er økende, i tråd med spesialiseringen av yrket (P. Virtanen, Oksanen, Kivimäki, M. Virtanen, Pentti, Vahtera 2007). Kompetansen som kreves av en allmennlege er ulik den som kreves av en sykehuslege, og handlingsberedskapen deres utvikler seg dermed til å bli ulik.

The competencies needed in primary care are: primary care management, person-centred care, specific problem solving skills, comprehensive approach, community orientation and holistic modelling. Hospitals physicians’ work, by contrast, is divided into subspecialties utilising complex medical technologies and requiring more and more specific knowledge and skills (Virtanen m.fl. 2007).

Sykehuslegene skiller seg altså fra allmennlegene ved å ha store behov for tekniske og spesifikke ferdigheter. De jobber med mer spesifikke oppgaver, sammenlignet med allmennlegene som møter et bredere spekter av medisinske problemer. Sykehuslegene utvikler også andre typer kunnskap gjennom praksis – for eksempel vil en allmennlege langt mer sjelden enn en sykehuslege møte akutte sykdomstilfeller. Felles er at både sykehuslegene og andre leger omgås pasienter, og slik har behov for relasjonelle og kommunikative ferdigheter.

Studier (Lurie, Margolis, McGovern, Mink & Slater 1997; Roter, Hall & Aoki 2002) har funnet at kvinnelige leger i større grad enn mannlige leger kommuniserer på en pasientsentrert måte; de forsøker i større grad å ta pasientens psykososiale tilstand i betraktning, og er mer emosjonelle i tilnærmingen til pasientene. Bortsett fra dette er det lite som tyder på at kjønn har innvirkning på oppgavespesifikke elementer ved kommunikasjonen mellom lege og pasient. Hva kunnskap utover kommunikativ tilnærming og ferdigheter angår, gjør kvinner det generelt bedre på eksamener i medisin sammenlignet med menn (Nylund 2002). Forskjellene er imidlertid små, og at kvinnes gjennomsnittlig høyere skårer på eksamen i medisin og mer pasientsentrerte stil i lege- pasientforholdet kan bidra til at kvinnene er mer autonome enn mennene er derfor lite sannsynlig. Menn på sin side er den *tradisjonelle* skikkelsen i legefrakken, og typisk *maskuline* verdier som vitenskapelig ekspertise, autonomi og autoritet har vært, og er fortsatt viktige verdier innen medisinen. Det kan tenkes at mannlige leger opplever å være mer autonome på bakgrunn av de mannlige legenes *tradisjonelle, legitime* makt som kan bidra til større tiltro fra pasientene og en tilsynelatende sterkere helbrederrolle. Disse eventuelle forskjellene vil trolig ikke få noe utslag i denne undersøkelsen da legene i utvalgte er forholdsvis nyutdannede, og alle under en form for opplæring (spesialisering).

Kan kompetanse styrke erfaringen av autonomi?

For at en lege skal kunne utøve skjønn og benytte sin autonome posisjon på en etisk forsvarlig, rettferdig og hensiktsmessig måte, er det en forutsetning at legen sitter inne med den kompetanse som er nødvendig. Hva slags kompetanse man har og hvor mye, vil kunne påvirke hvorvidt man opplever å være autonom eller ikke. Erfaringen av å være autonom og selvstendig, fri til å ta beslutninger på et område gitt lover og retningslinjer som følger med, er avhengig av at legen har kunnskap om hva autonomi er. Legen må ha yrkesrelevante kunnskaper for å forstå omfanget av hennes positive frihet, hva man ikke har lov til, hva som er etisk forsvarlig, hvilke rettigheter pasienten har – kunnskaper om hvilke forhold legen befinner seg i og hva som påvirker hennes mulighet til å være autonom.

Trolig vil kompetanse, legens viten og opptreden i møtet med arbeidsoppgavene ha langt større betydning for opplevelsen av autonomi enn legens sosiale kjønn. Dette gjelder særlig i denne undersøkelsen som omfatter leger som bare har vært 3 år i arbeid, og som alle er under opplæring. Nedenfor skal vi se på hvordan de ulike formene for kompetanse (yrkesrelevante kunnskaper, instrumentelle og relasjonelle, mellommenneskelige ferdigheter)

kan bidra til å styrke legens autonomi i beslutningssituasjoner. Prioritering i helsetjenesten og legens ”portvaktrolle” skal benyttes for å belyse antatte sammenhenger mellom kompetanse og autonomi.

Prioritering: Legen som portvakt

I forbindelse med prioritering av helsetjenester, hvor legene har en viktig rolle, har det vært uttalt at disse ”må gjøres innenfor økonomiske og organisatoriske rammer på medisinsk faglig grunnlag og innebærer etiske utfordringer” (DNL 2007b). For at legen skal føle seg autonom etter å ha foretatt en prioritering slik prioriteringer i følge legeforeningen skal gjøres, må legen for det første være klar over og akseptere frihetsbegrensningene som ligger i bestemmelsene om prioritering. I tillegg må legen ha kunnskap utover den medisinskfaglige – legen må ta hensyn til hvorvidt behandlingen vil lønne seg i forhold til kostnadene og vurdere nytten av eventuell behandling. Hvis legen ikke evner å ha forståelse for samfunnsøkonomiske aspekter ved medisinen, er muligheten til stede for at legen vil føle de organisatoriske og økonomiske begrensningene som illegitime. Hvis dette er tilfellet er sjansen stor for at legen opplever å være mindre autonom enn andre leger som har en bred forståelse av prioritering som både noe medisinskfaglig, men også noe som ikke bare angår den enkelte pasient, men samfunnet forøvrig.

Kunnskap om forholdet til pasienten og bevissthet i forhold til egen personlighet kan også bidra til en mer autonom arbeidshverdag for legen. Autonomien forsterkes ytterligere i forholdet til pasienten dersom legen klarer å skape tillit i hvert enkelt lege-pasient forhold. I den forbindelse er legens atferd ved første møte med pasienten viktig; hvordan legen kommuniserer, om hun virker interessert, hvordan hun lytter, hvordan hun bruker informasjonen fra pasienten til å foreslå behandling, henvisning og lignende. Dette er spesielt viktig også for legen selv da legen i møtet med pasienten ofte møter enorme forventninger. Når pasienter kommer til legen og ber om sykemelding, for eksempel på grunn av et samlivsbrudd, er det viktig at legen lytter og kartlegger øvrig helsetilstand. Hvis legen har hatt en god dialog med pasienten og for eksempel avkreftet helsemessige problemer utover en mild depresjon, kan legen på dette grunnlag ta en autonom beslutning i forhold til hva hun vil gjøre videre med pasienten. Autonomi forutsetter rasjonalitet og evne til å vite når man er autonom og hva man er autonom til å gjøre, og slik forutsetter autonomi at legen finner ut mest mulig om pasientens situasjon før hun tar en beslutning. Dette gjør det trolig også lettere for legen å møte pasientenes forventninger. For en lege med kort tid i praksis, er det kanskje

særlig viktig med et bredt perspektiv i forhold til hvilke typer kompetanse som er viktig, da de mangler mye av erfaringen som de eldre legene har.

Gulbrandsen, Førde og Aasland (2002) fant i sin studie om hvordan legen har det som portvakt at seks av sju leger opplevde at de møtte urealistiske forventninger. Over halvparten av legene i deres undersøkelse tilla pasientens ønsker større vekt enn eget medisinsk skjønn, og litt under halvparten hadde pyntet på legeerklæringer. Denne studien indikerer altså at det å opptre som portvakt, og i noen tilfeller som pasientens advokat, er et hyppig forekommende fenomen. Vi lever i en tid hvor pasientene skal være autonome, idealtypisk sett på samme måte som legene, og hvor informasjon er lettere tilgjengelig enn noen sinne, hvilket gjør pasientene til ekspert på egen sykdom. Dette har ført til at leger har rapportert at de føler seg ”mellom barken og veden” (Westin, Getz & Paulsen 1994), hvilket skyldes at konflikten mellom portvakt- og advokatrollen gjør legen til behandler av pasienten, men samtidig til en slags saksbehandler for myndighetene. Et eksempel på dette er når legen må godkjenne eller avslå en pasient som trygdemottaker. Er pasienten syk nok? Et annet eksempel er når leger må avgjøre om trafikkskadde har krav på forsikringsutbetaling i form av å klargjøre årsaken til pasientens skader og hvordan disse vil redusere pasientens livskvalitet. Et tredje eksempel er når legen må avgjøre om hun skal gi behandling eller ikke på grunn av tvil om behandlingens nytte. Pasienten har sitt ønske og den andre parten; staten, forsikringsselskap, organisasjonen, vil spare penger. Legens første hensyn skal alltid være pasienten, men i tvilstilfeller kan legene bli møtt med press fra overordnede, pårørende og andre. Aarseth (1999) har beskrevet denne situasjonen:

En leges selvstendighet i faglige spørsmål er et grunnleggende element for et godt lege-pasient forhold. En pasient må ha rett til å sette seg selv i sentrum og forvente at legen er der for dem. Dette står i motsetning til tendenser man ser i økende grad. Legen blir betraktet som et redskap for å tjene samfunnet og for å nå helsepolitiske mål (Aarseth 1999).

Forventningene til hva legene skal gjøre øker i takt med endrede helsepolitiske forhold. Pasientautonomi, fastlegeordningen og fritt sykehusvalg er blant organisatoriske endringer som har vært med på å utvide antall hensyn legene må ta i sitt daglige virke. Disse hensyn setter legenes individuelle autonomi på prøve. Da gjelder det ikke bare å ha bred kunnskap og etisk kompetanse, men også å forstå hvorfor denne type kompetanse er viktig.

Oppsummering

Evidensbasert praksis, innsatsstyrt finansiering og statlig refusjon i form av DGR-satser er deler av nyere helsepolitikk som i sterk grad har bidratt til å svekke enkeltlegens faglige autonomi (Førde 2003, Ekeland 2004). Det skal understrekes at dette gjelder *enkeltlegens* autonomi. Evidensbasert praksis har vært karakterisert som en ”strategi for tillitsreparasjon” (Ekeland 2004), og noe som deler av profesjonen selv har stått bak. I følge Ekeland (2004) vil en slik tillitsreparasjon bidra til å ”dokumentere kunnskapshegemoni gjennom resultatsuksess”, og dermed virke legitimerende for en autonom medisinsk profesjon. Profesjonen gjør altså hva den kan for å opprettholde sin positive frihet på bekostning av enkeltlegens negative og positive frihet. Legekårsundersøkelsen avdekket allerede i 1995 (Svabø 1996) misnøye blant legene hva deres reduserte faglige autonomi angikk. Disse holdningene er en del av legenes samlede handlingsbredskap, og vil trolig påvirke deres subjektive opplevelse av autonomi.

Førde (2003) er opptatt av at legene skal beholde sin faglige autonomi og at de ikke skal la seg styre av økonomiske incentiver. Lian (2003) og Legeforeningen (2007b) har referert at sykehusene prioriterer behandlinger som lønner seg for sykehuset i kraft av at de statlige refusjonene for behandling gjør inntjeningen større enn utgiften ved gjennomføring av prosedyren. Dette fører til at pasienter som har mer komplekse og sammensatte sykdommer blir satt til side. Av dette følger tillitstap. Førde (2003) mener løsningen på tillitsproblemet mellom den medisinske profesjon og folket ligger i at legene må styrke sin evne til å ha kritisk søkelys på egen praksis og profesjon, samt at de må være villige til å rydde opp i egne rekker. Aasland (2006) har også hevdet at tilliten til medisinerne og profesjonens status, vil avhenge av legenes evne til kritisk refleksjon, samarbeid med hverandre og andre profesjonelle, og fagkunnskap. Problemet er at medisinenes indre justis og fokus på kritisk refleksjon over egen praksis har vist seg som ikke-fungerende ved en rekke anledninger, og at skepsisen til profesjonen har økt i takt med medisinenes voksende posisjon.

Forskningsspørsmål

Da autonomi representerer friheten til å foreta bindende beslutninger basert på ekspertise og klinisk kunnskap (Ulrich, Soeken & Miller 2003), er det rimelig å anta at friheten ikke hadde eksistert dersom legene ikke hadde hatt denne ekspertisen. På bakgrunnen av fordelene med å ha et bredt spekter av kompetanse i beslutningssituasjoner som er forsøkt skissert ovenfor, ønsker jeg å undersøke om ulik sammensetning av kompetanse har sammenheng med ulik

opplevelse av autonomi i arbeidet. I forkant av dette ønsker jeg å innlede med et bilde på hvilke typer kompetanse legene oppfatter som nødvendige i sin yrkesutøvelse, og i hvilken grad de føler at de har tilegnet seg denne nødvendige kompetansen gjennom utdanningen. Dette kan kaste nytt lys over den tidligere kritikken vi har sett mot mangelfull bredde i medisinerutdanningen (Schei, Bærheim & Meland 2000). Innledningsvis vil jeg undersøke om legene opplever å være autonome, og om ulikhetene i positiv frihet hos leger på og utenfor sykehus resulterer i ulik erfaring av autonomi hos de to legegruppene. Forskningsspørsmålene lyder dermed:

- 1. Opplever leger på og utenfor sykehus ulik grad av autonomi?**
- 2. Hvilke kompetanser opplever legene som mest nødvendig i arbeidet?**
- 3. Har ulike sammensetninger av handlingsberedskap ulik sammenheng med autonomi?**

Få empiriske, kvantitative studier (hvis noen) er gjort av sammenhengen mellom autonomi og kunnskap hos leger. Mye er skrevet om legeutdanningens behov for kompetanse utover den rent tekniske, og da særlig om behovet for profesjonell, mellommenneskelig kompetanse (DNL 2006; Schei 2001, 2003). Ingen kvantitative studier av sammenhengen mellom de yrkesrelevante kunnskaper og ferdigheter og legers erfaring av autonomi er gjort tidligere. Det jeg ønsker å finne ut er om ulik mengde og ulike typer kompetanse har sammenheng med opplevelsen av å være eller ikke være autonom. Kompetanseformene som er inkludert i studiet har vært avhengig av datamaterialet som foreligger og som er materialet som gir meg mulighet til å undersøke legenes autonomi, men som også, i kraft av å være samlet inn på forhånd, legger begrensninger på studiefeltet. I neste kapittel som tar for seg data og metode skal jeg klargjøre hvilke variabler jeg skal bruke som uavhengige for å måle ulike former for kompetanse, samt hvordan jeg skal måle autonomi.

Data og metode

Datamaterialet jeg skal benytte meg av i denne oppgaven er hentet fra StudData – en database utarbeidet av Senter for Profesjonsstudier ved Høyskolen i Oslo. Databasen skal gi grunnlag for panel- og forløpsstudier da data skal samles inn fra tre kull med studenter i fire faser over en periode på 12 år. StudData følger studenter fra de begynner på en profesjonsutdanning til de er etablerte på arbeidsmarkedet som profesjonsutøvere. StudData er slik en longitudinell surveyundersøkelse som kan si noe om utvikling og endring over tid. 20 profesjonsutdanninger fra 11 universiteter og høyskoler er representert i undersøkelsen. Studentene mottar spørreskjema første og siste semester i profesjonsutdanningen (fase 1 og 2), og etter tre og seks år i arbeid (fase 3 og 4). Respondentene følges altså fra begynnelsen av utdanningen til og med seks år inn i utøvelsen av deres respektive profesjonelle arbeid.

Tabell 4.1 Oversikt over paneler og faser i StudData.

	Fase 1 Start utdanning	Fase 2 Slutt utdanning	Fase 3 3 år etter endt utdanning	Fase 4 6 år etter endt utdanning
utdanning				
Panel 1	H-2000	V-2003	V-2006	V-2009
Panel 2		V-2001	V-2004	V-2008
Panel 3	V-2005	V-2007	V-2010	V-2013

Dataene jeg skal benytte meg av kommer fra spørreskjemaene som ble sendt ut våren 2006 til panel 1 i fase 3. Fra denne gruppen skal jeg bruke et utvalg bestående av en enkelt profesjonsgruppe, nemlig leger. StudData legger, som tabell 4.1 viser, opp til at man kan studere *endring* i legenes opplevelse av autonomi i arbeidet over tid. Sammenligning av autonomiskårer mellom fase 3 og fase 4 lar seg ikke gjøre, da resultatene fra fase fire ikke er klare før i 2009. Man *kunne* også sammenlignet legegruppa i panel 1, fase 3, med legegruppa i panel 2 fase 3, hadde det ikke vært for at sistnevnte gruppe ikke ble stilt de samme spørsmålene som legene i panel 1. Hovedgrunnen til at det i denne undersøkelsen kun benyttes et tverrsnitt på ett tidspunkt, er altså at spørsmålene knyttet til beslutningsautonomi

og aktuelle uavhengige variabler ikke var stilt i spørreskjemaet i panel 2²⁷. Dataene som sier noe om legene er hentet fra de som tok medisინutdanningen sin ved Universitetet i Oslo, Universitetet i Bergen eller ved utdanningsinstitusjoner i utlandet. Da temaet for undersøkelsen ikke er direkte knyttet til gjennomføring av eller innhold i utdanningen, men heller fokuserer på hvordan nyutdannende erfarer å være autonome i arbeidet, ser jeg ikke noe problem med å inkludere legene som har studert i utlandet inn i undersøkelsen²⁸. Dette til tross for at deres utdannelse trolig har vært noe ulik den medisინutdanningen man har i Norge. Spørsmålene i StudData berører temaer som tilbakeblikk på utdanningen, etterutdanning, arbeidstid, nåværende jobb, krav til kompetanse, hovedaktivitet etter avsluttet utdanning, samt verdier og holdninger. Disse temaene er felles for alle yrkesgruppene i undersøkelsen. I skjema for personer med medisინutdanning er det tre tilleggstemaer; turnus og opplevde ferdigheter som lege, karriereplaner og spesialspørsmål til leger som har tatt utdanningen i utlandet.

Tabell 4.2 Svarprosjenter i StudData 1-3 for leger ved ulike utdanningsinstitusjoner i Norge og utlandet.

SD 1-3, vår 2006, Leger	Ant. utsendte skjema	Antall svart	Svarprosent
UiB	114	78	68,4
UiO	131	81	61,8
Utlandet	473	225	42,9
Totalt	718	384	53,5

Tallene til denne tabellen er hentet fra Sps sin dokumentasjonsrapport for StudData 1, fase 3, og er tilgjengelig på www.hio.no/sps.

Utvalgsstørrelse

Tabellen over viser svarprosjenter for utvalget som skal brukes i undersøkelsen. Vi ser at legenes samlede svarprosent er lav (53,5 %). Utenlandsstudentene i legegruppa trekker svarprosjenten kraftig nedover. Legene som har studert ved UiB og UiO har en samlet svarprosent på 64,9, men utenlandsstudentenes svake 42,9 % gjør at legene ender på en dårlig svarprosent. Utenlandsstudentenes lave svarprosent kan skyldes problemer i forhold til

²⁷ Dette var for øvrig den første gangen legene var med i undersøkelsen. De var ikke inkludert i panel 1, fase 1 eller panel 2, fase 2. I tillegg skal jeg senere i oppgaven argumentere for at en panelstudie som StudData ikke er det beste verktøyet å bruke til å fange opp den eventuelle endringen jeg er interessert i å studere; nemlig før og etter innføringen av nyere tids helsereformer.

²⁸ 30 % av norske leger har medisinsk embetseksamen fra utlandet. Samlet sett har disse legene lik sosial bakgrunn som legene som er uteksaminert i Norge. Den vanligste årsaken til å velge medisinske utenlandsstudier er det å ikke kommer inn på skole hjemme i Norge kombinert med en sterk motivasjon for å bli lege. De som studere i utlandet er stort sett fornøyde med utdanningen, og de fleste flytter tilbake til Norge etter embetseksamen. 84 % av de uteksaminerte legene i utlandet mellom 1986 og 1996 var bosatt i Norge i 1996. (Wiers-Jenssen, Aasland 2001)

forsendelse av skjema; kanskje de i større grad enn andre skifter adresse i Norge når de kommer hjem fra utlandet, eller kanskje de jobber i utlandet hvilket trolig gjør tiltaket med å respondere på skjema større.

På det meste er det består det totale utvalget av 384 leger. Til tross for den lave svarprosenten i legegruppa mener jeg det er forsvarlig å benytte meg av disse dataene, særlig på grunn av de spesielle forholdene med utenlandsstudentene som gjør at frafallet trolig ikke er systematisk, men heller skyldes ulike praktiske forhold. Dessuten vil fase 3 og 4 generelt være mer sårbare for frafall enn fase 1 og 2, hvor datainnsamlingen gjennomføres og organiseres av skolen. Dersom respondentene i fase 3 og 4 ikke svarer, mottar de purring to ganger per post. Årsaker til at respondentene fortsatt ikke svarer kan være at de ikke lenger jobber som leger eller sykepleiere, at de er usikre på valg av yrke eller at de rett og slett ikke finner tid. Frafall *behøver* ikke å være et stort problem, dette skjer først hvis frafallene viser seg å være systematiske. Skog (2005: 100) skriver imidlertid at man i de fleste tilfeller må regne med at frafallet er selektivt da visse grupper er mindre villige til å delta i spørreundersøkelser enn andre. Man kan for eksempel tenke seg at legene som får spørreskjemaet ved utdanningens start og slutt føler seg mer forpliktet til å svare på de spørreskjemaene som kommer i posten 3 og 6 år senere enn de som deltar i undersøkelsen for første gang når de har vært 3 år i arbeid, hvilket er tilfelle for utenlandsstudentene. Hvis det ikke er noen viktige, systematiske forskjeller mellom utenlandslegene og de som har studert ved UiB eller UiO, vil utenlandsstudentenes mindre representasjon ikke skape problemer. Dersom frafallet på noen som helst måte er korrelert med variablene man er spesielt interessert i å undersøke – eksempelvis dersom de minst kompetente legene ikke svarer, vil dette kunne skape problemer.

Avhengig variabel

Den avhengige variabelen er konstruert på bakgrunn av et ønske om å studere i hvilken grad legene opplever å være autonome i sitt arbeid. Som tidligere nevnt er det forskjeller på hvordan man i tidligere studier har målt autonomi, men det synes å være ett fellestrekk i de kvantitative studiene som inkluderer autonomi som enten avhengig eller uavhengig variabel – fokuset på muligheten til å ta selvstendige handlingsvalg i arbeidet. Dette er som regel målt indirekte med spørsmål om for eksempel hvorvidt legen kan velge hvor mye tid hun ønsker å tilbringe med pasientene, eller om hun kan beslutte å legge inn pasienter på sykehuset (Burdick & Baker 1999). I den teoretiske litteraturen om leger og autonomi, er det helt tydelig legenes

mulighet til å ta autonome beslutninger eller handlingsvalg som er i fokus når det skrives om hvordan klinikerens autonomi er truet (Haug 1973; McKinlay m.fl. 1985, 1988; Lian 2003; Førde 2003). I denne studien som begrenser seg til forholdsvis nyutdannende leger som har svart på spørsmålene i Studdata 1-3, har mye tid blitt viet til drøftingen av hvordan autonomi skal måles. Det har vært forsøkt med ulike enkeltvariabler og ulike indekser med forskjellige indirekte mål²⁹. Dersom avhengig variabel er en enkeltvariabel blir usikkerheten rundt målet stor, og dersom indeksen ikke er et godt nok sammensatt mål svekkes både målets reliabilitet og validitet.

Avgjørelsen falt på å gjennomføre analysene med et sammensatt statistisk mål på autonomi hvor skårene på et spørsmål og tre ulike påstander er summert. Dette gir et bredere bilde av autonomi³⁰, og kan også bidra til å jevne ut målefeil som skyldes uriktige avkryssinger og lignende. Påstandene og spørsmålet er følgende:

Tabell 4.3 Spørsmålsbatterier brukt for måling av autonomi.

1. Autonomi

<i>Her følger noen påstander som i større eller mindre grad kan beskrive en arbeidsplass. Kan du krysse av for hvor enig eller uenig du er i påstandene når det gjelder jobben du har nå?</i>	<i>I hvilken grad vil du si at din nåværende jobb.....</i>
1. Jobben min gjør det mulig å treffe mange avgjørelser på egen hånd. 2. I jobben min har jeg svært liten frihet til å bestemme hvordan jeg vil utføre arbeidet*. 3. Jeg har mye å si når det gjelder hva som skjer med jobben min.	1. ...gir mulighet for å arbeide selvstendig.

*Denne variabelen er snudd slik at målet på den sier noe om hvorvidt man *har* frihet til å bestemme hvordan man vil utføre arbeidet.

Påstandene sier noe om autonomi til å ta *beslutninger* og til å bestemme *hvordan* arbeidet skal utføres – autonome handlingsvalg. Spørsmålet kan fortelle oss om legen er selvstendig på hennes nåværende jobb. Påstandene er hentet fra samme spørsmålsbatteri og er listet opp etter

²⁹ Det finnes spørsmål som "Må du gjøre ting du mener burde vært gjort annerledes?", "Får du oppgaver uten tilstrekkelige hjelpemidler og ressurser til å fullføre dem?" og påstander som "Jeg er ikke utsatt for motstridende krav fra andre". Disse kunne vært med å si noe om autonomi, men samvarierer ikke med variablene som tydeligere er spørsmål som dreier seg om legenes opplevelse av autonomi.

³⁰ Med et bredt bilde av autonomi mener jeg et bilde som inkluderer både positiv og negativ frihet. Hvorvidt den positive friheten føles legitim slik den er kan vanskelig måles gjennom spørreundersøkelser. Selv om legen svarer ja på at hun får oppgaver uten tilstrekkelige ressurser til å fullføre dem, følger det ikke automatisk at hun ikke er autonom fordi dette oppleves som illegitimt. Det hadde vært lettere å finne ut av hvorvidt begrensningene oppleves som legitime ved å spørre "Hva tenker du om at du har fått beskjed om å utføre administrative oppgaver uten å ha tid til å gjennomføre de?" i et kvalitativt intervju.

hverandre i dette³¹, mens spørsmålet om muligheten til selvstendig arbeid er hentet fra et annet spørsmålsbatteri som inneholder en rekke spørsmål om hvilke muligheter legenes nåværende jobb gir. De tre påstandene har fire svaralternativer: Svært enig, enig, uenig og svært uenig. Svarene er kodet om slik at ”svært enig” tilsvarer 4, ”enig” tilsvarer 3 og så videre. Svarene til påstand nummer 3 er snudd slik at de som er svært enige i at de har svært liten frihet til å bestemme hvordan de vil utføre arbeidet får skåren 1. Høye skårer skal altså være et bilde på sterk autonomi. Spørsmålet ”I hvilken grad vil du si at din nåværende jobb gir mulighet for å arbeide selvstendig?” har fem svaralternativer fra 1, som tilsvarer ”i svært stor grad”, til 5 som tilsvarer ”ikke i det hele tatt”. Fordi ingen skåret 5 ble 4 og 5 slått sammen, slik at variabelen får fire verdier. Verdiene her er også kodet om, slik at de som er mest selvstendige får de høyeste skårene.

Disse fire enkeltvariablene danner indeksen som skal være den avhengige variabelen i denne undersøkelsen. Faktoranalysen bak de tre øverste påstandene og konstruering av indekser skal redgjøres for senere i kapittelet, men først kan vi se på hvordan enkeltvariablene bak autonomiindeksen er korrelert. Det er rimelig å anta at påstand en og to vil henge rimelig sterkt sammen da de står rett under hverandre og synes å handle om det samme. Problemer kan likevel oppstå på grunn av hvordan påstand to er formulert – det kan være forvirrende for respondenten å få en omvendt utgave av et spørsmål som i utgangspunktet ligner det forrige du svarte på. Påstandene er riktignok ulike i at den ene er spesifisert til å handle om beslutninger *om* utførelsen av arbeidet, mens den andre handler om beslutninger på egenhånd generelt, men begge dreier seg om beslutninger og er knyttet til den delen av autonomi vi kalte negativ frihet. Påstand nummer tre er nærmere knyttet til det vi tidligere karakteriserte som positiv frihet – hvilken mulighet har legen til å påvirke hva som skjer med jobben hennes. Denne sier noe om hvilken mulighet legen har til å være med på å forme sin positive frihet, sitt handlingsrom. Denne vil trolig være korrelert med de andre variablene i lys av den analytiske sammensetningen av positiv og negativ frihet som begge bidrar til autonomi³². Spørsmålet til slutt sier også noe om autonomi og dersom dette er korrelert med påstandene, bidrar variabelen til å styrke det sammensatte målet på autonomi. Dette skyldes at det er lettere å krysse av på samme svaralternativ når man svarer på spørsmål som står rett under hverandre. Dersom responsene til de tre påstandene er korrelert med spørsmålet om

³¹ Et spørsmålsbatteri bygget på Karaseks (1979) modell om sammenhengen mellom krav, kontroll og sosial støtte. Disse tre påstandene skal måle det Karasek kaller ”kontroll” i sin modell.

³² Det er rimelig å anta at i det en profesjonsutøver kan bidra til å forme sin positive frihet, vil begrensningene for den negative friheten oppleves som mer legitime. Dette fordi man har vært med på å bestemme deler av rammeforholdene selv.

selvstendighet senere i skjemaet, styrker dette antakelsen om at de fire variablene kan være mål på samme underliggende fenomen; *autonomi*. Spørsmålet om i hvilken grad man har mulighet til å arbeide selvstendig sier også noe om den positive³³ dimensjonen av frihet som inngår i autonomibegrepets analytiske oppbygging.

Tabell 4.4 viser at korrelasjonene mellom variablene er forholdsvis høye, bortsett fra korrelasjonen mellom påstanden ”Jeg har mye å si når det gjelder hva som skjer med jobben min” og ”Jobben min gjør det mulig å treffe mange avgjørelser på egen hånd”. Korrelasjonskoeffisienten for sammenhengen mellom disse er bare 0,187, sammenlignet med alle andre sammenhenger i tabellen som viser en pearsons r på over 0,3.

Tabell 4.4 Korrelasjoner mellom variablene som skal inngå i indeksen ”autonomi” som skal være avhengig variabel. n=365

	1. Jobben min...	2. I jobben min...	3. Jeg har mye...	4. I hvilken grad...
1. Jobben min...	1			
2. I jobben min...	0,333**	1		
3. Jeg har mye...	0,187**	0,387**	1	
4. I hvilken grad...	0,361**	0,335**	0,336**	1

** Korrelasjonen er signifikant på nivå 0,01

Til tross for den noe lave korrelasjonen er det viktig å ha et mål på autonomi som er dekkende for begrepets bredde. Begge variablene korrelerer høyt med alle de andre variablene, og variabel en og tre er begge tilsynelatende gode mål på autonomi. Den første sier noe om den faktiske muligheten til å ta beslutninger på egenhånd, mens den tredje sier noe om legens mulighet til å påvirke hennes positive frihet som kan være vel så viktig for opplevelsen av autonomi som det å kunne ta selvstendige beslutninger. Vi skal derfor gå videre med disse fire variablene og senere vise hvordan indeksen av dem konstrueres. Før vi kommer så langt skal vi se på utvalgets bakgrunn, undersøkelsens uavhengige variabler og reflektere over hvordan man kan si noe om individers oppfatninger ved bruk av kvantitative undersøkelser.

Utvalgets bakgrunn

Som et bakteppe for analysen senere i oppgaven, kan det være nyttig å se på hva som kjennetegner utvalget av leger som brukes i min undersøkelse. Vi vet allerede at det dreier seg om leger som har vært omtrent tre år i arbeid, men vi skal se på en del andre forhold for å få et

³³ Les: i hvilken grad legger arbeidsforholdene til rette for at du som lege kan jobbe selvstendig?

bedre bilde av gruppa som helhet. De uavhengige variablene i undersøkelsen er arbeidssted og kompetanse. I tillegg skal det kontrolleres for kjønn. Før vi går næyere inn på de ulike formene for kompetanse, skal vi kartlegge hva som kjennetegner legegruppa som helhet. Tabell 4.4 inneholder tall som sier noe om dette.

56 % av legene i utvalget er kvinner. Dette er i overensstemmelse med tall om kjønnsfordelingen på medisintdanningen, som rapporterer at ca. 50 % av studentene er kvinner (Janbu 2000). På områder som forskning og ledelse er den prosentvise andelen kvinner lav (Janbu 2000), og DNLs (2007a) statistikk viser at bare 30,5 % av rundt 5600 overordnede sykehuslegene er kvinner.

Tabell 4.5 Deskriptiv statistikk for leger. N=332

	Sykehusleger	S.E.	Andre leger	S.E.
Gjennomsnittsalder (antall år)	33	2,41	34	3,47
Kvinner (%)	58		53	
Jobber på dagtid (%)	16		68	
Midlertidig ansatt ³⁴ (%)	66		24	

De fleste av legene i utvalget jobber på sykehus. Legene som ikke jobber på sykehus jobber stort sett i kommunal sektor som allmennlege/fastlege, men også noen få av legene i utvalget jobber i vitenskapelige stillinger (8). Disse er tatt ut av undersøkelsen for å muliggjøre sammenligningen mellom leger som jobber på og utenfor sykehus, men som alle har pasientsentrert arbeid som sitt arbeidsfelt. Hele 78 % av legene jobber på sykehus og 30 % av alle legene i utvalget jobber på dagtid. Bare 16 % av sykehuslegene jobber normalarbeidstid på dagtid, sammenlignet med 68 % av legene utenfor sykehus. Da sykehusleger, som vi så i teoridelen, må skrive under på arbeidskontrakter som fritar organisasjonen fra bestemmelsene i arbeidsmiljøloven, er forskjellene mellom de to gruppenes arbeidstid ikke overraskende.

Tallene fra legeföreningen viser at gjennomsnittsalderen på underordnede sykehusleger er 35,4 år (DNL 2007a). Dette er kategorien av leger som 78 % av legene i denne studien befinner seg i, og gjennomsnittsalderen i utvalget, uansett arbeidssted, er 33 år. Det er ingen signifikant aldersforskjell mellom leger på og utenfor sykehus. 90 % av legene i

³⁴ På sykehus er 66 % av kvinnene og 68 % av de mannlige legene midlertidig ansatt. Utenfor sykehus er 25 % av kvinnene og 22 % av mennene midlertidig ansatt. Ingen av forskjellene er signifikante. Tilsvarende likheter i utvalget finner vi for dagtidsarbeid og alder.

undersøkelsen er født mellom 1972 og 1978, hvilket gir en standardfeil til gjennomsnittsalderen på 2,66.

Det har vært debatt om bruken av midlertidige stillinger i sykehus³⁵, da disse har syntes å dekke behov som ikke er midlertidige, men konstante. Det er derfor ikke unormalt å finne mange leger i midlertidige stillinger – hele 55 % av legene i utvalget oppgir å være midlertidig ansatte³⁶. I utvalget er det ikke kjønnsforskjeller i alder, arbeidstid eller ansettelsesforhold. Fordi legene har relativt kort praksis i yrket, bortfaller flere av argumentene for eventuelle kjønnsforskjeller i autonomi. De har ikke rukket å kuppe lederstillingene enda fordi de er lite erfarne og fortsatt under spesialisering, og det er slikt sett rimelig å anta at mannlige og kvinnelige leger innenfor samme spesialiseringsfelt opplever lik grad av autonomi.

De uavhengige variablene

Denne oppgavens prosjekt er for det første å undersøke legenes opplevelse av autonomi, og for det andre å undersøke om det finnes noen sammenheng mellom legenes vurdering av egen kompetanse og erfart autonomi. I denne sammenheng vil jeg også studere hvilke typer kompetanse legene mener de har behov for og omfanget av kompetanse som ble tilegnet gjennom utdanningen. For å kunne gjennomføre dette skal jeg bruke Nygrens (2004) skille mellom yrkesrelevante kunnskaper og ferdigheter kombinert med faktoranalyse for å skille ut ulike former for kompetanse. Vi skal se på hvilke former for kompetanse legene tilegnet seg gjennom utdanningen, hva de opplever som viktige former for kompetanse i arbeidet³⁷, og hvordan de vurderer sine kommunikasjonsferdigheter. Kompetansemålene i StudData har tidligere blitt brukt av blant andre Heggen (2003), som valgte å skille mellom tre typer kunnskap. Disse var kodifisert kunnskap, praktisk kunnskap og relasjonell kunnskap. Heggen (2003) har laget indekser ut av et spørsmålsbatteri som er hentet fra StudData og består av 18 ulike former for kunnskap. Vi skal i denne undersøkelsen benytte oss av det samme batteriet, i tillegg til et som omfatter nevnte kommunikasjonsferdigheter.

³⁵ DNL jobber også med en rapport om bruken av midlertidige stillinger.

³⁶ DNL (pr. 26.02.08) har ikke statistikk på hvor mange av legene i Norge i dag som er midlertidig ansatte.

³⁷ Dette vil også kunne si noe om kompetanse som tilegnes gjennom praksis. Legene oppdager at en form for kompetanse er nødvendig i arbeidet deres da de stadig møter situasjoner som krever nettopp den type kompetanse. Slik vil kompetanses etter hvert opparbeides og forbedres.

Operasjonalisering av kompetanse

Med Nygrens (2004) teori som bakgrunn for operasjonaliseringen av kompetansebegrepet, skal det brukes flere variabler for å fange opp de ulike yrkesrelevante kunnskapene og ferdighetene. Spørsmålsbatteri 1 i tabell 4.6 inneholder en rekke ulike former for kompetanse som legene på en skala fra 1 (ikke i det hele tatt) til 5 (i meget stor grad) skal vurdere om de opplever som nødvendige i arbeidet. På samme måte skal de rangere de samme formene for kompetanse etter grad av tilegnelse gjennom utdanningen. Grunnen til at både utdanning og opplevd nødvendighet av kompetansen skal benyttes i analysene er at kompetanse som ble tilegnet gjennom utdanningen ikke nødvendigvis fanger opp om legen har den aktuelle kompetansen eller ikke på det tidspunktet de svarer på undersøkelsen. Spørsmålsbatteri 2 inneholder ulike former for kommunikativ kompetanse som er nødvendig i møtet med pasienten. Dette er kompetanse som er tillitskapende i forholdet til pasienten, og også en form for kompetanse som pasienten forventer at legen har. Kommunikasjonsferdighetene vurderes subjektivt av den enkelte respondent – de blir bedt om å vurdere ferdighetene sine på en skala fra 1 (svært usikker) til 7 (svært sikker).

Tabell 4.6 Spørsmålsbatterier brukt for måling av ulike former for kompetanse

1. Kompetanse	2. Kommunikasjonsferdigheter
<i>Kan du for hver av kompetansene angi (A) hvor viktig denne kompetansen er i ditt arbeid og (B), i hvilken grad du hadde tilegnet deg slik kompetanse gjennom medisinstudiet.</i>	<i>Vurdering av egne kommunikasjonsferdigheter. Merk av på skalaen hvor sikker du er på ferdigheter i første møte med pasienten.</i>
Bred, generell kunnskap Yrkesspesifikk kunnskap Kunnskap om planlegging og organisering Innsikt i regler og bestemmelser Evne til kritisk refleksjon og vurdering av eget arbeid Kreativitet Evne til å arbeide under press Praktiske ferdigheter Evne til å jobbe selvstendig Samarbeidsevner Evne til å ta initiativ Muntlig kommunikasjonsevne Skriftlig kommunikasjonsevne Toleranse, evne til å verdsette ulike synspunkter Evne til å ta ansvar og fatte beslutninger Etisk vurderingsevne Evne til innlevelse i andre menneskers situasjon	Etablere kontakt med pasienten Vise respekt og interesse Vise et adekvat kroppsspråk Ha øyekontakt med pasienten Være rimelig rolig og avspent under intervjuet Bygge opp tillit hos pasienten Lytt aktivt Gi informasjon om behandling

Operasjonalisering av arbeidssted

For å finne ut om de nyutdannede legene jobber på sykehus, som allmennleger eller i vitenskapelige stillinger, kan vi gjøre bruk av svarene på spørsmålet ”Hva slags arbeidsplass er det?”. Dette spørsmålet er formulert slik da det følger etter spørsmålet ”Hvilken stillingstittel har du?”. I arbeidet med å legge svarene inn i StudData-databasen er svarene på spørsmålet om arbeidsplass kodet om ved bruk av statistisk sentralbyrås standard for næringsgruppering (SN2002). Dette medfører at man må gå igjennom hver enkelt kode, for så å omkode variabelen slik at man kan skille mellom de arbeidsplassene man måtte ønske. For eksempel kan man samle alle respondenter med koden 85.111 (alminnelige somatiske sykehus) og gi dem koden 0, og deretter samle alle respondenter med koden 85.121 (allmenn legetjeneste) og gi dem koden 1. Slik får man en dikotom variabel som skiller legene som jobber på ulike sykehus (assistentleger) fra leger som jobber *utenfor* sykehus. I SN2002 er sykehustjenester kodet med begynnelsen 85.11, mens legetjenester er kodet med 85.12. 85.11-koder omfatter i tillegg til alminnelige somatiske sykehus blant annet somatiske spesialsykehus og –hjem, institusjoner for voksenpsykiatri og rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner. Jeg har ikke valgt å la skillet gå mellom sykehustjenester og legetjenester, men heller mellom leger som jobber på institusjoner som er sykehus og leger som jobber steder som ikke er sykehus³⁸. Det betyr at i denne undersøkelsen inngår leger som jobber i rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner i gruppen ”leger utenfor sykehus”. Disse har fått dummykoden ”1”, mens leger på sykehus har fått dummykoden ”0”.

Om subjektive vurderinger

Måling i samfunnsvitenskapen handler i stor grad om å finne empiriske indikatorer som kan si noe om teoretiske begrep (Ringdal 2001: 159). Når man skal bruke kvantitative data til å si noe om verden rundt seg er det viktig at målene er gyldige, *valide*. Man snakker ofte om to hovedtyper av validitet; intern- og ekstern validitet. Jeg skal her også diskutere deler av undersøkelsens begrepsmessige validitet.

En undersøkelses eksterne validitet knytter seg til hvorvidt resultatene er generaliserbare. I prosessen med å vurdere dette er man grovt sett henvist til skjønnsmessige betraktninger, da det ikke finnes noen utvalgsteori for forholdet mellom omstendighetene en har undersøkt og omstendighetene man prøver å si noe om (Skog 2005: 114). Undersøkelsens interne validitet handler om den kausale fortolkningen av data, om bakenforliggende og

³⁸ Bare 329 av de totalt 384 legene som har svart på undersøkelsen, er ført opp med en kode for arbeidssted, så man mister dessverre en del informanter ved å bruke denne variabelen.

mellomliggende variabler. Begrepsvaliditet handler om hvorvidt spørsmålene vi bruker i undersøkelsen måler det vi faktisk ønsker å måle. For å best mulig måle det vi ønsker, må operasjonaliseringene være vellykkede og utvalget må være trukket korrekt. Vi må derfor stille spørsmål til vår egen undersøkelse – gjenspeiler den virkeligheten eller er den et resultat av måtene spørsmålene i undersøkelsen er formulert på eller gjennomføringen av selve undersøkelsen?

Holdninger, verdier og subjektive erfaringer på arbeidsplassen kan man bare få tak i ved hjelp av selvrapportering fra de man ønsker å studere. Alle de uavhengige variablene i denne undersøkelsen er hentet fra slik selvrapportering, og måleproblemene knyttet til rapportering av *oppfatninger* om egen kompetanse regnes som større enn de som kan oppstå ved selvrapportering av atferd³⁹ (Ringdal 2001). For å begrense denne typen målefeil kan man, som indikert i avsnittet om avhengig variabel, benytte seg av indekser. Disse kan gi et mer reliabelt mål på den aktuelle variabelen ved at tilfeldige målefeil får mindre betydning (Jacobsen 1999). Ved å ha ulike indikatorer på yrkesrelevante kunnskaper får vi altså et bredere og mer riktig bilde av den samlede yrkesrelevante kunnskapen til respondenten enn vi ville fått ved å benytte oss av ett enkelt spørsmål.

Det er komplisert å måle oppfatninger, særlig dersom respondentene forstår spørsmålene ulikt, eller hvis forhold rundt eller i spørreundersøkelsen gjør at respondentene blir påvirket i ulike retninger. Eksempelet i avhengig variabel hvor to lignende spørsmål er stilt etter hverandre, men med ulik formulering er et eksempel på hvordan spørreskjemaet i seg selv kan bidra til forvirring. Et eksempel på at man blir påvirket av forhold utenfor spørreundersøkelsen kan være at negativ medieeksponering av leger og deres mangelfulle arbeid⁴⁰, gjør at respondentene blir mer beskjedene i vurderingen av egen kompetanse. Et annet kan være at de nyutdannede legene overvurderer sin egen relasjonelle kompetanse fordi de er uenige i kritikken som er rettet mot medisinstudiet og manglende fokus på denne type kompetanse. Selvrapporterte ferdigheter har tidligere vært tema for medisinsk forskning (Falck, Brattebo, Brinchmann-Hansen & Ebbing 2003), som har funnet at det er grunn til å anta at målefeil knyttet til måling av relasjonelle og instrumentelle kompetanser er større enn de som måler konkrete prosedyreferdigheter slike Falck m.fl. (2003) gjorde. Med prosedyreferdigheter menes direkte mål av yrkesspesifikke ferdigheter som for eksempel ”På en skala fra 1 til 7, hvor godt kan du det å foreta en ventrikkeloperasjon?”.

³⁹ For eksempel ved rapportering av antall pasientbesøk per dag.

⁴⁰ For eksempel dersom legene hadde besvart undersøkelsen i slutten av februar 2008, etter at Dagbladet i omtrent 1,5 uke hadde sin ”avsløringsserie” om leger, bl.a. ”erstatningslegene”, hvor de avslørte ulike forhold der leger hadde opptrådt uforsvarlig og uetisk i forsikringssaker.

Disse problemene knyttet til målefeil gjør seg i større grad gjeldende når det gjelder kompetansemålene enn hva avhengig variabel angår. Dette skyldes at avhengig variabel er ment å fange opp hvordan legene selv erfarer å være autonome. Det er slikt sett ikke så interessant om de objektivt sett er autonome i arbeidet⁴¹, men heller om de selv mener at de er det. Med kompetansemålene er vi derimot interesserte i noe som ligner mer på objektive mål – her er det viktigere om legene *er* kompetente enn om de *føler* seg kompetente. På grunn av dette kan det være nyttig å se på i hvilken grad legene tilegnet seg de ulike formene for kompetanse, og hvorvidt de opplever den som nødvendig i arbeidet. Dette kan sammen gi et bilde av kompetansen legene sitter på⁴².

Man kan aldri garantere at variablene man bruker måler nøyaktig det man prøver å måle, men på bakgrunn av teori og tidligere forskning kan man konstruere spørsmål som måler det man er interessert i å vite mer om. Dette bringer oss til baksiden med å bruke forhåndsinnsamlede data. Fordeler og ulemper følger av å bruke et datamateriale som er samlet inn på forhånd uten spesielt fokus på temaet man selv ønsker å undersøke. Begrepsmessige validitetsproblemer oppstår i større grad enn de ville ha gjort dersom en selv kunne formulert spørsmål til undersøkelsen. Her vil jeg også trekke frem at jeg mener undersøkelsen hadde blitt beriket dersom det hadde vært kontrollert for *hvor* i landet legene jobber – et forhold jeg tror har stor betydning for i hvilken grad man selv kan bestemme hva man vil gjøre og hvordan⁴³. I tillegg kan man få problemer i komparative undersøkelser, da ikke alle spørsmålene er stilt til alle de ulike profesjonsgruppene⁴⁴. Samtidig er det kompetente forskere⁴⁵ som står bak undersøkelsen, og svært mange data er spesielt utviklet for å kunne undersøke spesielle felt. For eksempel vil det at Karaseks (1979) modell er inkludert i undersøkelsen, gi mulighet for en etterprøving av hans hypoteser om at sosial støtte og kontroll gjør at kravene i arbeidet ikke leder til utmattelse.

⁴¹ For å finne ut av dette ville kvalitative metoder som intervju og observasjon være å anbefale.

⁴² Hvorvidt en type kompetanse oppfattes som viktig i arbeidet kan si noe om legene tilegner seg denne gjennom arbeidserfaringen. Dette målet gir trolig et bedre bilde på legenes faktiske kompetanse – det viser hvorvidt legen er bevisst betydningen av ulike former for kunnskap. Dersom legen vurderer for eksempel relasjonelle ferdigheter som viktig i arbeidet, er det sannsynlig at legen innehar slike ferdigheter. Dette er også kompetanse som har utviklet seg betraktelig fra utdanningsslutt til 3 år ut i det profesjonelle arbeidslivet.

⁴³ En forholdsvis nyutdannet lege vil trolig ha mer å si på et lite sykehus i Helse Nord, enn som assistentlege på Rikshospitalet med 7865 ansatte (www.rikshospitalet.no).

⁴⁴ Denne undersøkelsen var i utgangspunktet ment som en komparativ undersøkelse mellom leger og sykepleiere. Det viste seg først ganske sent i prosessen at dersom dette skulle være mulig, måtte undersøkelsens tematiske fokus (sammenhengen mellom kompetanse og autonomi) vike for å kunne gjennomføre den komparative analysen. Dette ble forsøkt gjennomført, men gjorde undersøkelsen til noe annet enn hva som var ønsket fra forfatterens side. I den grad undersøkelsen slik den nå foreligger er komparativ, er det i sammenligningen mellom leger på og utenfor sykehus.

⁴⁵ Se www.hio.no/studdata.

Analysemetoder

Valget om å bruke kvantitativ metode i ble foretatt på bakgrunn av mulighetene i StudData⁴⁶, samt et ønske om et mer overordnet bilde av unge legers autonomi i Norge. Lite eller ingen empirisk, kvantitativ forskning er gjort på sammenhengen mellom kompetanse og autonomi tidligere. Svært lite er også *skrevet* om sammenhengen mellom ulike former for kompetanse og autonomi, og da datamaterialet muliggjorde en kvantitativ undersøkelse, kan dette være et nytt bidrag i debatten om leger og autonomi spesielt og profesjonell autonomi generelt.

Undersøkelsen kan kritiseres for å bruke en forenklet metode for å studere omfattende spørsmål, men samtidig er nettopp det å få *oversikt* over sammenhengene mellom kompetanse og autonomi målet for undersøkelsen. Argumenter for å benytte meg av kvantitativ metode er blant annet at jeg får et større og mer pålitelig bilde av sammenhengene. Dessuten undersøker jeg en gruppe som jobber veldig mye og som er vanskelig å få tilgang til å møte. Hva kompetanse angår skiller heller ikke selvrappotering i form av avkryssing seg betydelig i fra selvrappotering via et intervju. Jeg skal likevel presisere at det kvantitative datamaterialet med sine likertskalaer fra 1 til 7 og 1 til 4 gir et smalt bilde av virkeligheten. På den andre side gir kvantitative data oss muligheten til å analysere store datasett forholdsvis raskt og slik gi et oversiktlig bilde av gruppen man er interessert i, hvilket er svært fordelaktig i et prosjekt som dette. I tillegg kan kvantitative undersøkelser gi grobunn til nye forskningsprosjekter – kvalitative og kvantitative. For eksempel kunne det være interessant med en kvalitativ studie for å finne ut hva legene tenker om gapet mellom kompetansen man tilegner seg gjennom utdanningen og kompetansen som faktisk er nødvendig for å utføre arbeidet.

I det kommende skal jeg benytte meg av en rekke analysemetoder for å gi et best mulig bilde, gitt forutsetningene i datamaterialet, på hvorvidt leger opplever å være autonome og i hvilken grad dette har sammenheng med kompetanse. I arbeidet med å studere variabler og sammenhengene skal jeg benytte meg av gjennomsnitts-, korrelasjons- og regresjonsanalyse. Før jeg kommer så langt skal jeg benytte meg av faktoranalyse og konstruksjon av indekser for å gjøre om enkeltvariablene i spørsmålsbatteriene til de uavhengige variablene som skal benyttes i undersøkelsen.

⁴⁶ Dette prosjektet ble tildelt stipend/midler fra HiO mot at man brukte StudData som kilde til forskningen. Mulighetene var til å studere *akkurat* det som var det opprinnelige interessefeltet for dette prosjektet, nemlig autonomi i beslutninger om prioritering i helsetjeneste, viste seg etter hvert å være mindre enn først antatt (datamaterialet var ikke klart før vår 07, mens prosjektstart var januar 07). Valgene rundt metode og problemstilling har dermed tatt lengre tid enn ønsket, og jeg har måttet jobbe hardt for å tilpasse eget interessefelt til datamaterialets muligheter.

Faktoranalyse

Faktoranalyse er en analysemetode som vanligvis brukes for følgende formål: Forstå strukturen til et sett variabler, konstruere spørreskjema som kan måle en eventuell underliggende variabel, og for å redusere et datasett til en mer håndterlig størrelse, mens man samtidig beholder så mye av den originale informasjonen som mulig (Field 2005: 619-80). Faktoranalysen kan brukes både bekreftende og eksplorerende. Den bekreftende metoden innebærer at man på forhånd vet noe om hva man leter etter i datamaterialet, mens den eksplorerende faktoranalysen brukes til å lete etter klynger av variabler man nødvendigvis ikke hadde noen hypotese om å finne på forhånd. Klyngene av variabler, variabelsettene, man finner, indikerer en eller flere faktorer hvis kan hjelpe til ved en indekskonstruksjon. Klynger av store korrelasjonskoeffisienter mellom undersett av variabler tyder nemlig på at de kan måle aspekter av den samme underliggende dimensjonen. Finner man for eksempel fire klynger av variabler i et spørsmålsbatteri kan dette tyde på at batteriet måler fire ulike dimensjoner ved den samme variabelen. Skog (2005) understreker at faktoranalyse er noe man bruker til å kartlegge korrelasjonsmønstre, og ikke noe som skal brukes slavisk til å danne indekser.

Uansett om man vet nøyaktig hvilke variabler man mener skal inngå i indeksen eller bruker faktoranalysen som utgangspunkt, kan det være nyttig å kartlegge korrelasjonsmønstre. I mitt tilfelle visste jeg at Heggen (2003) har brukt det samme datamaterialet og funnet tre faktorer han bruker. Fordi jeg kun skal studere legene, måtte jeg gjennomføre faktoranalysen på nytt, denne gangen med bare leger i utvalget. Dette ga noe ulike resultater enn faktoranalysen for alle yrkesgrupper i Studdata (Heggen 2003). Faktoranalyse ble også brukt i uthenting av de avhengige variablene for å kontrollere at korrelasjonsmønstrene i spørsmålsbatteriet som skulle si noe om Karaseks (1979) modell var som antatt (tre av variablene er ment å måle autonomi/kontroll). Til slutt ble faktoranalyse brukt for å lete etter samvariasjoner innen det opprinnelige spørsmålsbatteriet til kommunikasjonsferdigheter som bestod av 18 påstander. 8 av disse ble trukket ut ved hjelp av faktoranalyse. Vi skal se nærmere på hvordan autonomi og kommunikasjonsferdighetene blir til indekser nedenfor. Først skal det presenteres en tabell (4.7) med faktorladningene for kompetansebatteriet. I utførelsen av selve faktoranalysen er bare variablene som sier noe om hvorvidt de ulike formene for kompetanse ble tilegnet gjennom utdanningen tatt med. Det ble gjort faktoranalyse også på variablene som sier noe om hvorvidt disse kompetanseformene oppleves som nødvendig i arbeidet; faktorladningene var nærmest identiske og

faktorsammensetningen ble den samme. Når indeksene presenteres senere vises derfor cronbachs afta for indeksene som er dannet på bakgrunn av henholdsvis *tilegnet* og *nødvendig* kompetanse. I forkant av faktoranalysen kan vi informere om at ladninger som er lavere enn 0,3 er utelatt – det samme er faktorer med eigenvalue lavere enn 1. Eigenvalue er et mål på hvor mye av variansen i variablene den enkelte faktor forklarer, og faktorer med eigenvalue mindre enn 1 er utelukket i henhold til Kaisers kriterium, da de forklarer relativt lite av variansen i de observerte variablene (Field 2005). Tabell 4.7 viser at korrelasjonene i kompetansebatteriet best reproduseres av fire faktorer – disse fire er bestemt ut i fra Kaisers kriterium.

Tabell 4.7 Faktoranalyse av tilegnet kompetanse for leger. n=361.

Faktor	1	2	3	4
1. Bred, generell kunnskap			0,630	
2 Yrkesspesifikk kunnskap				0,825
3. Kunnskap om planlegging og organisering			0,627	
4. Innsikt i regler og bestemmelser.				0,611
5. Evne til kritisk refleksjon og vurdering av eget arbeid	0,340	0,371	0,354	
6. Kreativitet			0,521	
7. Evne til å arbeide under press		0,824		
8. Praktiske ferdigheter		0,377		0,501
9. Evne til å jobbe selvstendig		0,734		
10. Samarbeidsevner	0,570	0,449		
11. Evne til å ta initiativ		0,488		
12 Muntlig kommunikasjonsevne	0,740			
13. Skriftlig kommunikasjonsevne	0,658			
14. Toleranse, evne til å verdsette ulike synspunkter	0,665			
15. Evne til å ta ansvar og fatte beslutninger		0,604		
16. Etisk vurderingsevne	0,729			
17. Evne til innlevelse i andre menneskers situasjon	0,767			

Prinsipal komponentanalyse, varimax rotasjon, eigenvalue>1.

Faktorladninger i uthevet skrift viser de variablene som senere er med i utformingen av indekser.

Når korrelasjonsmønstrene er kartlagt er det viktig å supplere med teori før man bestemmer seg for å lage indekser ut av faktorene fra analysen. Jeg har benyttet meg av varimax rotasjon for å gjøre dataene lettere å lese. Faktoranalysen resulterte, som vi ser i tabellen, i fire

faktorer. Faktor 1 virker tilsynelatende å handle om mellommenneskelig kompetanse – den beskriver ulike kompetanser som kan være svært nyttig for leger å ha i møtet med pasientene, men også i arbeidet forøvrig. Faktor 2 peker mot evner som er av den art som kommer med erfaring og praksis – kompetanser som blir til instrumentelle ferdigheter. Praktiske ferdigheter inngår derfor i denne indeksen heller enn der variabelen har høyest faktorladning. Dette skyldes at faktor 3 og 4 som er ulike former for yrkesrelevante kunnskaper, handler om kunnskaper og ikke ferdigheter eller skills (Freidson 1986). Faktor 2 derimot representerer en rekke yrkesrelevante ferdigheter, og slik inngår praktiske ferdigheter i denne indeksen. Faktor 3 og 4 sier noe om henholdsvis spesifikke yrkesrelevante kunnskaper og generelle, brede yrkesrelevante kunnskaper. Nygrens (2004) dimensjoner av yrkesrelevante kunnskaper kan sammenlignes med Heggens begrep om kodifisert kunnskap. Heggem (2003) beskriver kodifisert kunnskap som: ”teoretisk påstandskunnskap, omgrep og teoriar som ein m.a. finn i utanningane sine disiplinfag og i teorier om yrkesfelt og yrkesutøving”. Han har i sin egen og Viks HiO-rapport (8/07) operasjonalisert kodifisert kunnskap med variablene ”innsikt i regler og bestemmelser”, ”kunnskap om planlegging og organisering”, ”spesifikk kunnskap”, og ”generell kunnskap”, hvilket jeg vil argumentere for at også kan brukes til å beskrive ulike former for yrkesrelevant kunnskap. For å ha kunnskap om hva som er den profesjonelles intervensjonsobjekt og hva som skiller dette fra andres intervensjonsobjekter, kreves bred, generell kunnskap. For å ha kunnskap om årsakene til de problemer og fenomener som er i den profesjonelles intervensjonsområde, kreves både generell og spesifikk kompetanse. For å vite hvordan problemene og fenomenene (ulike former for sykdom) kommer til uttrykk, kreves spesifikk kompetanse, og til slutt; for å ha kunnskap om viktige samarbeidspartnere og organisering av praksis kreves noe kunnskap om organisering og planlegging. Jeg vil i tillegg, i tråd med faktoranalysen, hevde at kreativitet er en yrkesrelevant, generell kompetanseform. Kreativitetsvariabelen samvarierte med den brede, generelle kunnskapen, og er en viktig del av legens handlingsberedskap.

Med unntak av punktet som omhandler kunnskap om egne personlighetstrekk, inngår resten av punktene i Nygrens beskrivelse av yrkesrelevante kunnskaper i de ulike Studdatavariablene gjengitt ovenfor. Det finnes altså ikke variabler i Studdata som sier noe om på hvilken *måte* eller i hvilken *grad* respondentenes personlighetstrekk innvirker i samspill med andre mennesker, hvilket Nygren lister opp som punkt fire av seks. Jeg velger likevel å bruke begrepet om yrkesrelevant kunnskap, da kjernen i det gjenspeiles i spørsmålene respondentene har svart på.

Indekser

Hvis jeg ikke er opptatt av detaljer i legenes situasjon på ulike arenaer i arbeidet deres kan det være hensiktsmessig å slå sammen flere spørsmål til en eller flere indekser for å gi et mer generelt mål på de dimensjoner man ønsker å si noe om (Skog 2005). Jeg danner slik additive indekser; adderer sammen de variablene jeg ønsker å ha med i indeksen for så å dele på antall variabler i indeksen⁴⁷. Ved å dividere på antall variabler i indeksen får man skåren på indeksen i variablenes opprinnelige måleenhet (her fra 1 til 4).

Faktoranalysen som ble beskrevet ovenfor kan være et godt verktøy for å finne hvilke eventuelle underliggende dimensjoner som finnes i det fulle settet av variabler man inkluderer i faktoranalysen, men disse må som sagt kunne begrunnes teoretisk i tillegg. I tilfellet med indeksene jeg i denne undersøkelsen skal danne på bakgrunn av faktoranalysen synes den teoretiske begrunnelsen å være sterk; påstandene brukt i avhengig variabel er utformet på bakgrunn av Karaseks modell om sammenhengen mellom krav, kontroll og sosial støtte (1979), og det største kompetansespørsmålsbatteriet er tidligere brukt av Heggen (2003) og Heggen og Vik (2007). Til tross for dette vil ulike grupper profesjoner være plausible til å variere noe i forhold til tidligere forskning. Slik vil det kanskje være nødvendig å utelukke variabler som ga utslag i faktoranalysen eller inkludere variabler som ikke gav utslag for å oppfylle kravene til begrepsmessig validitet og sammensatte måls reliabilitet. Bruken av ”evne til å jobbe under press” i indeksen som er laget ut av faktor 2, heller enn faktor 4 er et eksempel på dette.

Vi behøver også et mål som kan fortelle i hvilken grad indeksen som er laget gir tilnærmet samme rangering av individene som man ville fått med en alternativ indekskonstruksjon. Dette, som vi kan betegne som *indeksenenes reliabilitet*, kan måles med *cronbachs alfa*. ”Den [cronbachs alpha] forteller oss hvor godt den indeksen en har konstruert vil samsvare med en annen indeks basert på andre enkeltvariabler som måler det samme begrepet” (Skog 2005: 97). Størrelsen på cronbachs alfa avhenger av hvor høy korrelasjon det er mellom enkeltvariablene som indeksen er laget av, i tillegg til antallet variabler som inngår i indeksen. Det er vanlig å si at en indeks bør ha en cronbachs alfa på 0,7 for å være et tilfredsstillende sammensatt mål (Ringdal 2001: 168). Ut i fra faktoranalysen over og denne korte redgjørelsen for hva en indeks er og hvordan de konstrueres, skal jeg her presentere de ulike indeksene jeg har valgt å trekke ut med bakgrunn i tidligere forskning og faktoranalyser.

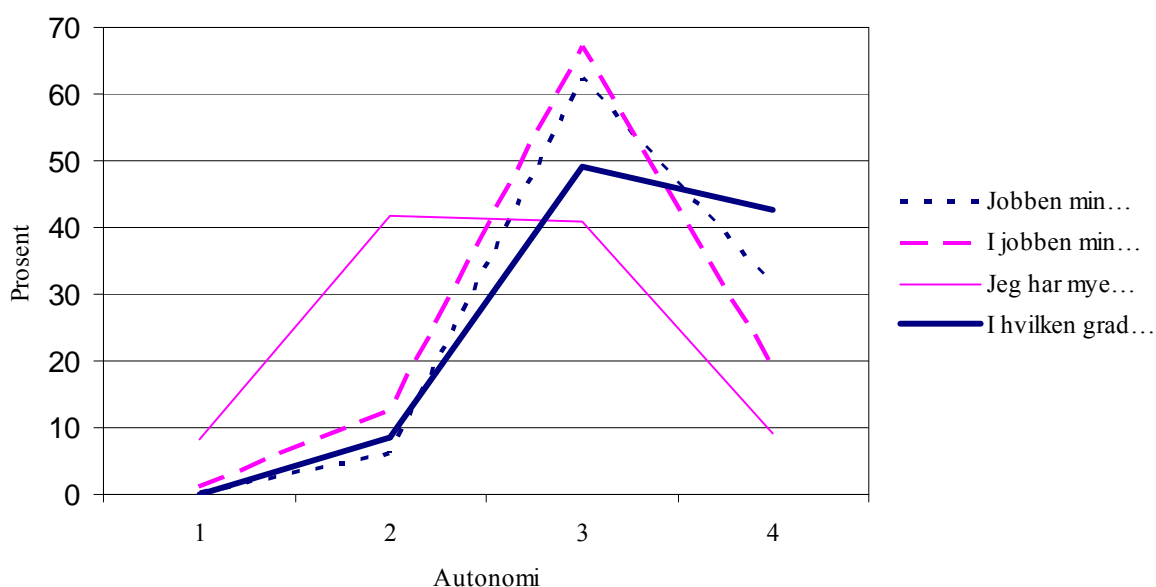
⁴⁷ Et unntak er indeksen som danner avhengig variabel. Denne deles ikke på antall variabler, men blir en skala fra 1-16.

Autonomi

Variablene som inngår i målet for autonomi er oppgitt tidligere (tabell 4.3), men la oss igjen se på hvilke variabler som skal beskrive autonomi. Et mulig problem med batteriet som de tre øverste påstandene er hentet fra er at det ikke finnes noe nøytralt svar – ett alternativ som ”verken enig eller uenig”. Slik tvinges respondentene til å være enig eller uenige, hvilket igjen kan ha ført til at de som ikke er enige eller uenig har latt være å svare.

Tidligere så vi at korrelasjonen mellom ”Jobben min gjør det mulig og treffe avgjørelser på egenhånd” og ”Jeg har mye å si når det gjelder hva som skjer med jobben min”, var lav. Pearsons r for sammenhengen mellom variablene er 0,187, og cronbachs alfa for indeksen er 0,65. Dette oppfyller ikke kravene til et godt sammensatt mål, men argumentene for å bruke indeksen slik den foreligger til tross for dette er flere. For det første er det viktig å måle ulike dimensjoner av begrepet – autonomi er ikke positiv *eller* negativ frihet, autonomi består av *begge*. For det andre er de tre påstandene til venstre i tabell 4.8 laget for å måle autonomi, eller *kontroll* slik Karasek (1979) beskriver det. Variablene lager en egen faktor når man utfører faktoranalyse på spørsmålsbatteriet, og disse har ladningene 0,589, 0,730 og 0,691 som alle er forholdsvis høye faktorladninger. Den teoretiske begrunnelsen for å bruke variabelen i en indeks er altså sterk. Disse tre påstandene alene i en indeks gir (for leger) en cronbachs alfa på 0,55. Selvstendighetsvariabelen bidrar til å øke alfaen med 0,1, og gjør slik målet mer reliabelt.

Figur 4.1 Fordeling av skårer på variablene som inngår i autonomiindeksen. N=369



Figur 4.1 viser at hva de to øverste variablene angår, skårer over 80 % av legene 3 eller 4 på begge, hvilket betyr at over 80 % av legene er enige i at de har negativ frihet i arbeidet. Over 80 % sier seg også enige i at jobben gir de mulighet til å arbeide selvstendig. Når det gjelder påstanden ”jeg har mye å si når det gjelder hva som skjer med jobben min” er om lag halvparten uenige, og halvparten enige. For å finne ut hvor mye autonomi legene har samlet sett, er variablene addert sammen *uten* å dele på antall variabler. Dette betyr at vi får en skala fra 1 til 16. Da frekvensene for indeksen ble undersøkt viste det seg at ingen har skåret lavere enn 8 på indeksen. Den ble da omkodet slik at de som skåret 8 fikk verdien 1, de som skåret 9 fikk verdien 2 og så videre, helt frem til de som hadde verdien 16 som ble kodet om til 9. Indeksen for autonomi er altså målt på ordinalnivå og omfatter skårer mellom 1 og 9. Når vi studerer fordelingen av denne indeksen (se figur 5.1), så ser vi at den er noenlunde normalfordelt. 60 % av legene befinner seg mellom skårene 1 og 5, mens 40 % skårer 6 eller høyere. Vi skal se nærmere på fordeling av leger på autonomiskalaen i analysene.

Yrkesrelevante kunnskaper

Ovenfor så vi at faktoranalysen pekte ut fire ulike faktorer. To av disse er knyttet til yrkesrelevante kunnskaper, som her deles i to – en yrkesspesifikk og en bred, generell del. Som vi så over bør disse sammensatte målene ha en cronbachs alfa på 0,7 eller mer for å være gode sammensatte mål (Ringdal 2001). Det finnes imidlertid ingen regler om at man ikke kan bruke indekser med lavere indre konsistens. En annen måte å kontrollere indeksens reliabilitet på er å undersøke den gjennomsnittlige korrelasjonen mellom variablene som inngår i indeksen. Denne skal være minst 0,3 og hver av variablene som inngår skal ha en korrelasjon på minst 0,4 med indeksen (Ringdal 2001: 360). Dette kravet er oppfylt av alle indeksene for de uavhengige variablene utenom den for yrkesspesifikk kunnskap. Her korrelasjonen mellom variablene 0,25. Dette betyr at indeksen for yrkesspesifikk kunnskap ikke kan brukes⁴⁸ som et sammensatt mål. For å si noe om denne formen for kompetanse skal enkeltvariablene som vi forsøkte å lage indeks av bli stående hver for seg; yrkesspesifikk kunnskap og innsikt i regler og bestemmelser. Ytterligere begrunnelse for dette er at selv om variablene samvarierer så kan respondentene svare svært ulikt på hvor nødvendig yrkesspesifikk kunnskap og innsikt i regler og bestemmelser er. Noen av legene vil kanskje ikke oppleve innsikt i regler og bestemmelser som yrkesrelevant, mens andre leger har et arbeid hvor nettopp denne type

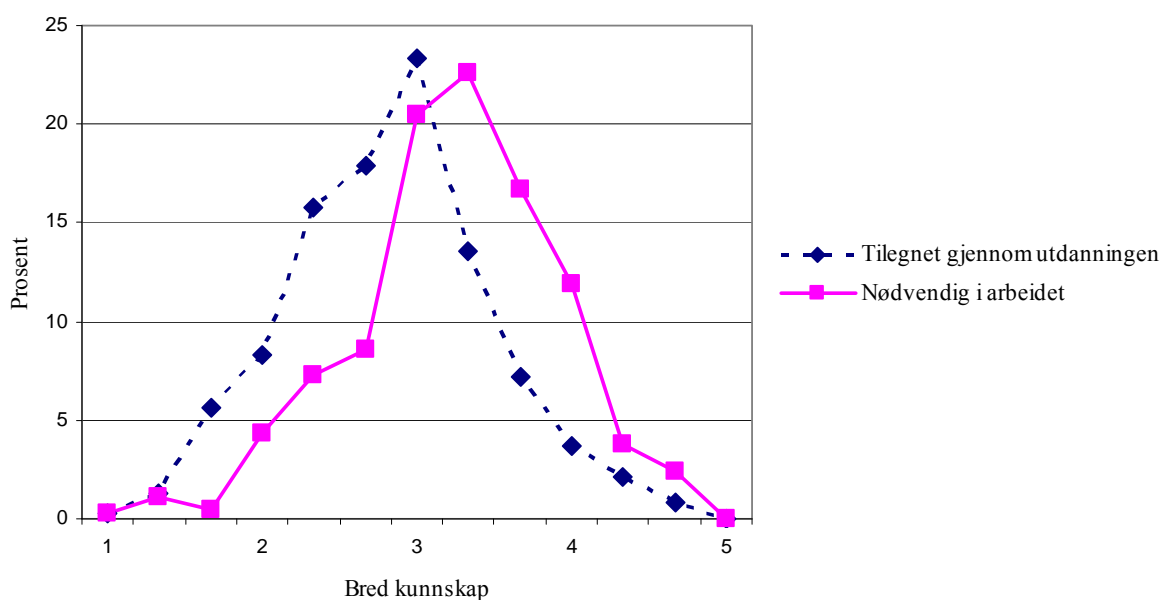
⁴⁸ Denne typen kunnskap ble forsøkt slått sammen med bred, generell kunnskap i en indeks som skulle si noe om yrkesrelevante kunnskaper, men cronbachs alfa for indeksen ble 0,50. I tillegg falt skillet mellom spesiell og generell kunnskap bort.

kompetanse er viktig og hvor yrkesspesifikk kunnskap i form av for eksempel sykdomslære, er mindre viktig.

Tabell 4.8 Faktorladninger og reliabilitetsmål for yrkesrelevante kunnskaper tilegnet gjennom utd. n=374

	Yrkesspesifikk kunnskap ⁴⁹	Bred, generell kunnskap
Faktorladninger:	0,825/0,611	0,630/0,672/0,521
Cronbachs alfa (utdanning/nødvendig):	0,43/0,43	0,53/0,53

Figur 4.2 Fordeling av bred, generell kunnskap i prosent for leger. N=374



Tabell 4.8 viser faktorladninger og reliabilitetsmål for bred, generell yrkesrelevant kunnskap som ble *tilegnet gjennom utdanningen*. Cronbachs alfa er oppgitt *både* for indeksen som består av variablene som er svar på hva legene tilegnet seg gjennom utdanningen og indeksen som sier noe om hvorvidt legene opplever kompetanse som nødvendig. Som nevnt skal indeksen for yrkesspesifikk kunnskap ikke benyttes, men heller de to variablene hver for seg. Indeksen for bred, generell kunnskap skal brukes til tross for det lave reliabilitetsmålet. Dette fordi korrelasjonene mellom variablene er over 0,3 og fordi hver av de enkelte variablene korrelerer med over 0,4 med indeksen. Figur 4.2 viser fordelingen av indeksen for bred, generell kunnskap.

⁴⁹ Denne indeksen skal ikke benyttes.

Av figuren fremkommer det at begge indeksene – både den som omfatter hva som ble tilegnet gjennom arbeidet og den som omfatter om den brede kunnskapen oppleves som nødvendig, er tilnærmet normalfordelte. Det er tydelig diskrepans mellom hva som ble tilegnet i utdanningen og hva som er nødvendig i yrkesutøvelsen. Dette skal vi se nærmere på i analysedelen av oppgaven.

Yrkesrelevante ferdigheter

For relasjonelle og instrumentelle ferdigheter viste faktoranalysen at det var seks variabler som hadde høy ladning på begge typer ferdigheter. Disse til sammen tolv variablene er antatt å måle to underliggende hovedtyper av ferdigheter, nemlig relasjonelle og instrumentelle. Kommunikasjonsferdigheter er en form for relasjonelle ferdigheter, men er ikke med i denne indeksen da formuleringen i dette batteriet er ”Merk av på skalaen hvor sikker du er på dine ferdigheter i første møtet med pasienten”. Dette handler ikke om hvor nødvendig legene opplever ferdighetene eller er direkte knyttet til hvorvidt de fikk opplæring i disse evnene gjennom utdanningen. De måler legenes opplevelse av egne kommunikasjonsferdigheter på tidspunktet de svarte på spørreundersøkelsen. Vi har dermed tre ulike indekser som kan si noe om legenes yrkesrelevante ferdigheter.

4.9 Faktorladninger for yrkesrelevante ferdigheter tilegnet gjennom utdanningen og reliabilitetsmål. N=370.

Relasjonelle ferdigheter	Instrumentelle ferdigheter
Faktorladninger: 0,740/0,767/0,729/0,665/0,658/0,570	0,488/0,824/0,734/0,604/0,414/0,371
Cronbachs alfa (utdanning/nødvendig): 0,62/0,76	0,82/0,75

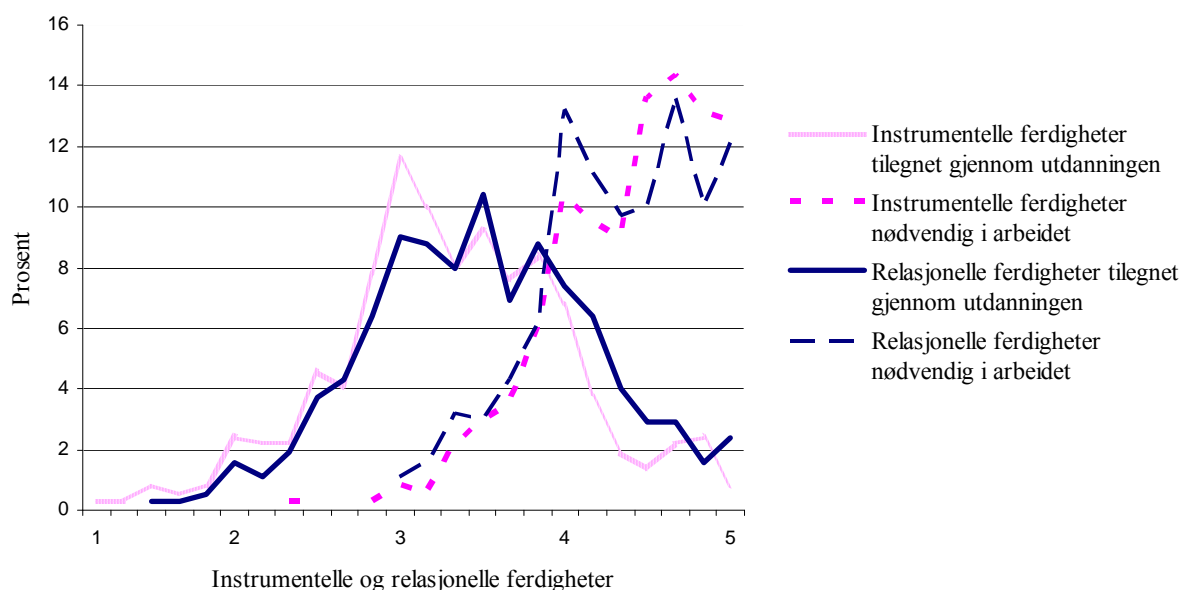
4.10 Faktorladninger og reliabilitetsmål for selvvalgte kommunikasjonsferdigheter. N=373.

Kommunikasjonsferdigheter
Faktorladninger: 0,776/0,762/0,748/0,684/0,745/0,742/0,730/0,753
Cronbachs alfa: 0,90

Tabell 4.9 og 4.10 viser faktorladningene fra de ulike enkeltvariablene på indeksene. I tillegg ser vi reliabilitetsmålene; ett for indeksen laget av ferdigheter tilegnet gjennom utdanningen, og ett for indeksen laget av ferdigheter som oppleves nødvendig i arbeidet. I tabell 4.11 er det bare ett enkelt reliabilitetsmål, da variabelen kun har en dimensjon. For disse variablene er nesten samtlige innenfor Ringdals (2001) krav for gode sammensatte mål med cronbachs alfa på 0,7 eller mer.

Fordelingen av legene på kommunikasjonsferdigheter er høyreskjev; ingen skårer lavere enn 2,88 og 85 % av legene skårer 5 eller mer på en skala fra 1 til 7. Også her er variablene som inngår i indeksen addert sammen og deretter dividert på antall variabler som inngår i indeksen. Slik får vi den opprinnelige måleskalaen på variablene som var fra 1 til 7. Fordelingene for relasjonelle og instrumentelle ferdigheter er vist i figuren nedenfor.

Figur 4.3 Fordeling av relasjonelle og instrumentelle ferdigheter i prosent for leger. N=370.



Figur 4.3 viser at den utdanningstilegnede mengden ferdigheter er forholdsvis lik for instrumentelle og relasjonelle ferdigheter, og at kurvene ser normalfordelte ut. Når det gjelder hvor nødvendig disse ferdighetene oppleves for legene, er kurven alt annet enn normalfordelt og det er stor diskrepans mellom opplæring og behov. Omtrent 70 % av alle legene i undersøkelsen mener at instrumentelle og relasjonelle ferdigheter er svært viktige i arbeidet. På grunn av den skjeve fordelingen på disse to variablene, skal de dummykodes, slik at de som skårer mellom 2 og 4 får koden "0", mens de som skårer 5 får koden "1". Vi skiller således mellom middels og stort behov for relasjonelle, instrumentelle og kommunikative ferdigheter⁵⁰.

Lineær regresjonsanalyse

Lineær regresjon benyttes når vi har en kontinuerlig, avhengig variabel. Selv om betingelsen om kontinuerlig avhengig variabel er problematisk å oppfylle med variabler på ordinalnivå,

⁵⁰ Dette gjelder også for "yrkesspesifikk kunnskap" og kommunikasjonsferdigheter. Sistnevnte deles slik at de som skårer 6 og 7 får koden "1", mens de som skårer lavere får koden "0".

kan en indeksskonstruksjon som er gjort i denne oppgaven løse dette. Indeksene er nemlig mer kontinuerlige enn variablene de bygger på (Ringdal 2001: 391). Regresjonsanalyse kan både brukes deskriptivt for å beskrive årsakssammenhenger, og til prediksjon. Man kan da ut i fra verdien på de ulike uavhengige variablene predikere hva verdien på den avhengige variabelen typisk (i gjennomsnitt) vil være.

Med multippel regresjonsanalyse kan man forsøke å oppnå en så fullstendig forklaring av variasjonene i den avhengige variabelen som mulig. Multippel regresjonsanalyse kan også brukes til å gi et mest mulig nøyaktig bilde av hvordan en bestemt uavhengig variabel påvirker den avhengige variabelen. Man får kontrollert for bakenforliggende årsaksfaktorer, spuriøse sammenhenger og konfunderte variabler. Jeg ønsker å finne ut om kompetanse og arbeidssted har sammenheng med legenes opplevelse av autonomi. Regresjonsanalyse kan ikke alltid si noe om retning på sammenhengen; om det er autonomi som påvirker kompetanse eller kompetanse som påvirker autonomi. Likevel er det tidligere i oppgaven forklart hvordan kompetanse er bakgrunnen for at legene har autonomi. Det skal ikke vies mye tid til å diskutere retning på sammenhengene, men det fremkommer etter hvert at tolkningen av resultatene foregår på bakgrunn av en antakelse om at kompetanse bidrar til opplevelsen av autonomi⁵¹.

R^2

Den multiple korrelasjonskoeffisienten, R^2 , kan være et mål på hvor god regresjonsmodellen er. Dersom koeffisienten er 0,15, kan dette tolkes på to måter. Man kan tolke det dit hen at man reduserer feilestimering ved å bruke regresjonslikningen fremfor gjennomsnittsverdien på avhengig variabel med 15 %, eller at den uavhengige variabelen i regresjonsmodellen forklarer 15 % av variasjonen i avhengig variabel. Hvorvidt man får en økning i forklart variasjon ved å legge til flere uavhengige variabler, eventuelt hvor stor denne økningen i forklart variasjon er, avhenger av i hvilken grad forklaringsvariablene er korrelert seg i mellom (Skog 2005: 270). Hvis man går fra en til to uavhengige variabler og disse er høyt korrelert, vil den multiple modellen forklare omtrent like mye som summen av de to bivariate modellene. Til tross for at den multiple modellen viser en liten R^2 , betyr ikke dette nødvendigvis at de uavhengige variablene ikke påvirker legenes autonomi, men at legenes autonomi må være påvirket av andre forhold også.

⁵¹ Til tross for at man i en del studier av læring (innen pedagogiske fag) peker på at autonomi bidrar til økt læring og kompetanse.

Samspill

Der det foreligger samspill, er effekten av en variabel avhengig av verdien på en annen variabel. Dersom det hadde vært samspill mellom for eksempel relasjonelle ferdigheter og kjønn kunne dette betydd at relasjonelle ferdigheter har positiv sammenheng med autonomi for kvinner, men ikke for menn. Når man har et samspill mellom to variabler, vil altså effekten av variablene variere med verdiene på disse samme variablene. Samspillsledd er forsøkt konstruert mellom flere av variablene, men vises kun i analysen der de er signifikante. Ved samspill endres tolkningen av de variablene som inngår i samspillsleddet.

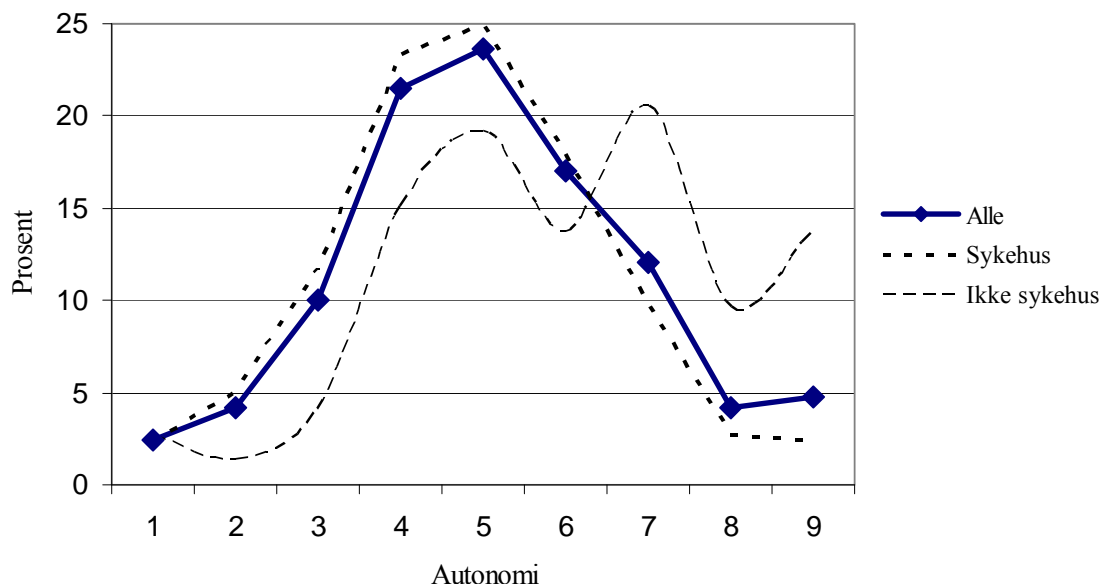
Analyse

Er legene autonome?

Litteraturens antakelse legenes tap av klinisk autonomi, får ikke umiddelbar støtte i StudData-materialet. Vi skal senere undersøke sammenhengen mellom kompetanse og autonomi, men først skal vi studere hvordan respondentene fordeler seg på autonomiskalaen fra 1-9⁵².

Fordelingen av autonomi for legene viser at flertallet skårer over middels (5 eller mer) på skalaen. 40 % av legene totalt skårer 6 eller høyere. Litteraturen på feltet tatt i betraktning, er det overraskende å finne såpass høye skårer på autonomi blant legene, men dette kan skyldes at de fleste studiene som har målt legers autonomi tidligere, er amerikanske. Forholdene i USA er som kjent noe annerledes enn forholdene er i Norge, så misnøyen blant legene som presenteres i litteraturen kan være mindre aktuell for norske leger. Likevel er det blitt påpekt en rekke forhold i norsk helsepolitikk som kan true legenes autonomi., både tidligere i denne undersøkelsen samt i annen litteratur (Lian 2003).

Figur 5.1 Fordelingen av autonomi for leger. N=330.



Figuren over viser fordelingen av autonomi for legene samlet, og for leger henholdsvis på og utenfor sykehus. Begge grupper har høy grad av autonomi, selv om grafen for leger utenfor

⁵² Jeg minner om at skalaen i utgangspunktet gikk fra 1-16, men ble flyttet da ingen skåret lavere enn 8. Når vi da sier at de fleste skårer over middels, betyr det at de fleste skåret over 12 på den opprinnelige skalaen fra 1 til 16.

sykehus ser ut til helle mer mot høye skårer på skalaen. Forskjellene mellom leger på og utenfor sykehus skal studeres nærmere senere i analysen – vi konstaterer først at gjennomsnittet for alle legene i utvalget er høyt; 5,14. Gjennomsnittet gir i dette tilfellet et godt bilde på sentraltendensen i utvalget – både modus og median er 5. Standardavviket som måler variasjonen rundt gjennomsnittet, er 1,8. Standardavviket er målt i variabelens opprinnelige måleenhet og gir et konfidensintervall på 1,59 – 8,69. Dette betyr, som også figur 5.1 viser, at spredningen i utvalget er forholdsvis stor⁵³.

En av årsakene til at legene i utvalget opplever sterk grad av autonomi både på og utenfor sykehus kan være legenes korte fartstid i yrket. Den betyr nemlig at de ikke har opplevd tiden *før* de helsepolitiske reformene slik eldre, mer erfarne leger har. Leger som har vært i tidligere undersøkelsers utvalg (for eksempel Lian 2003) har praktisert som leger også før de nyere helsepolitiske reformene var gjeldene for praksis. De har dermed i større grad enn forholdsvis nyutdannede leger fått innskrenket eller endret sin handlingsfrihet, og dermed opplevd hvordan reformene har virket på deres yrkespraksis. Fordi de erfarne legene startet sin karriere under en annen form for positiv frihet enn legene i denne, vil også legenes *forventninger* være ulike.

Mange av helsereformene har vært gjennomført mens legene i denne undersøkelsens utvalg har vært i utdanning⁵⁴, og kandidatene har måttet forholde seg til de nyere statlige retningslinjene fra første dag i praksis. De har heller ikke opplevd å praktisere som lege under andre, kanskje friere forhold, og dermed ikke utviklet en forventning om omfattende negativ frihet i arbeidet. De nyutdannede legene har kun vært gjennom turnustjeneste og er nå under spesialisering – fortsatt underordnede og uten særlig mulighet til å kunne bestemme over egne arbeidsforhold. Slik kan det tenkes at legene i denne undersøkelsen, i motsetning til leger med lengre fartstid i yrket, ikke opplever senere helsepolitiske endringer som en trussel mot sin autonome yrkesutøvelse. De unge legene ble under utdanningen opplært i legens samfunnsmessige og helseøkonomiske ansvar. I tillegg ble de kjent med dagens retningslinjer for prioritering og de organisatoriske forholdene er på sykehus og andre praksissteder. Fordi de legene i undersøkelsen på begynnelsen av 2000-tallet valgte å fullføre utdanningen og bli leger, er det rimelig å anta at de har akseptert de gjeldene retningslinjene fra staten og profesjonen som de må forholde seg til i arbeidet. 3 år etter endt utdanning er

⁵³ Standardavviket har ingen enkel intuitiv fortolkning utover dette.

⁵⁴ Legene i undersøkelsen har tatt sin medisinstudium fra midten av 90-tallet til begynnelsen av 2000-tallet.

82 % av legene i utvalget tilfredse med jobben sin⁵⁵, hvilket også kan tyde på en slik aksept. Eldre leger som tok utdanningen sin for flere tiår siden og har praktisert lenge før ISF og FLO ble gjeldene, var ikke klar over at handlingsrommet deres skulle komme til å bli begrenset av fremtidige helsereformer. De aksepterte snarere de retningslinjene som var gjeldene på den tiden *de* gikk inn i embetet. Selvsagt kunne de erfarne legene sluttet i jobben dersom de fra slutten av 90-tallet og utover opplevde endringene som følge av statens politikk og organisatoriske endringer svært frihetsberøvende, men lite tyder på at dette har skjedd⁵⁶ (se f.eks. Moshagen 2008). Det som derimot har vist seg å være tilfelle, er at veksten i antall allmennleger på begynnelsen av 2000-tallet ikke skyldes at flere nyutdannende velger å spesialisere seg innen allmennmedisin. Veksten skyldes heller at leger som tidligere har jobbet på sykehus innenfor andre spesialiseringsområder velger å bytte til allmennmedisin (Taraldset 2003). Hvorvidt årsaken til dette er muligheten til friere arbeid og større autonomi, er ikke undersøkt. Det vi *vet* er at det finnes sykehusleger som er lite begeistret for de endrede forholdene i arbeidet etter innføringen av helsereformene: ”Vi synes det er så urettferdig. Også kan vi bli enige om at det er et dårlig system og alt sånn der, det er vi enige om, men vi kan jo ikke gjøre noe med det” (Informant i Lian 2003: 151). Informanten er avdelingsleder på et sykehus, og i sitatet snakker legen om hvordan innsatsstyrt finansiering er svært upopulært blant legene, men at de samtidig føler seg maktesløse til å endre forholdene. De yngre legene har ikke kommet så langt i sine karrierer på sykehusene at de er avdelingsledere eller i andre høye stillinger, så mange av problemene som berører disse legens autonomi vil enda ikke være aktuelle for legene i utvalget på samme måte.

Selv om legene i utvalget på noen måter skulle føle seg berørt av frihetsbegrensningene som arbeidsplassen eller helsepolitikken påtvinger, kan altså forklaringen på at slike eventuelle erfaringer ikke synes å slå ut i deres opplevelse av autonomi være at de *aksepterer* forholdene og opplever de som *legitime*. Til tross for organisatoriske betingelser samt profesjonens økende bruk av evidensbasert praksis, kan legene følge seg relativt autonome innenfor et gitt rom dersom de har akseptert betingelsene – selv om for eksempel evidensbasert praksis er begrensende for den individuelle legens autonomi i utgangspunktet. Alternativt kan man tenke seg at der erfarne, eldre leger opplever tap av autonomi på grunn av press fra pasienter og pårørende, føler de unge legene seg klare

⁵⁵ Bare 6 % oppgir å være ”ganske utilfreds”.

⁵⁶ At det ikke har vært noen stor økning i oppsigelser etter slutten av 90-tallet, betyr ikke at det ikke finnes leger som har sluttet i jobbene sine på grunn av ”den nye politikken”. Senest 28.02.08 sa to ledere ved Rikshospitalets øre-nese-hals avdeling opp jobbene sine i protest mot kuttene i sykehuset. Leger har tidligere sagt opp sine fastlegeavtaler som føle av at kommunene har gått inn og styrt mer enn de selvstendig næringsdrivende ønsket.

for å stå i mot dette presset og komme til kommunikativ enighet med pasienter og pårørende. Dette kan synes bakvendt, de eldre legenes erfaring tatt i betraktning, men endringen av medisinstudiet til å omfatte mer opplæring innen etikk og kommunikasjon kan gjøre de yngre legene bedre rustet til å møte denne type utfordringer. Legen får da forståelse for problemer utover de rent teknisk-medisinske, hvilket kan gjøre det lettere for henne å takle møtet med pasienter, pårørende og det presset man utsettes for som delvis portvakt og delvis advokat. På den andre siden har eldre leger så lang erfaring med slike situasjoner at denne faktoren ikke bør være den som skiller mellom eldre og yngre legers autonomi. Coefer og medarbeidere (i Schutzenhofer & Musser 1994) har likevel funnet en negativ sammenheng mellom erfaring og autonomi hos leger, mens Perry (1986) og Lemon (i Schutzenhofer & Musser 1994) ikke fant noen sammenheng mellom antall år i praksis og autonomi overhodet.

De fleste legene i utvalget er under opplæring. Dersom gjennomsnittstiden for å bestemme spesialisering er 2,2 år som nevnt tidligere, bør de fleste av legene i utvalget ha funnet ut hva vil de vil jobbe med i fremtiden og begynt sin spesialisering. På den andre siden ser vi at omtrent halvparten av legene jobber i midlertidige stillinger⁵⁷, hvilket kan tyde på at de prøver forskjellige typer legearbeid for å finne ut hva som er det rette valget for dem. Legeyrket, særlig på sykehus, er preget av rangordning og mester-svenn-lærling opplæring. Dette betyr at de fleste ferske leger kjenner sin plass i hierarkiet og således vet hvilke muligheter de har for selvutfoldelse og autonomi de første årene i yrket. Derfor er det kanskje slik at legene derfor forventer og aksepterer mindre grad av autonomi fordi de vet at det blir annerledes når de er ferdig utdannede spesialister. Dette kan være grunnen til at legene, på tross av at de objektivt sett befinner seg i stillinger som ikke ser ut til å gi stor frihet i yrkesutøvelsen, føler seg autonome. Kan det vært at legene undertrykker et eventuelt ønske om autonomi i visshet om at de får større tilgang på den når de beveger seg i hierarkiet? I hvilken grad legene har preferanse for autonomi kan si noe om dette. Uansett om legene undertrykker et eventuelt ønske om autonomi eller om de krever og forventer mindre selvstendighet på bakgrunn av deres korte erfaring i yrket, kan preferansene si noe om hvorvidt denne forklaringen overhodet er aktuell. Dersom legene har sterke preferanser for autonomi er det lite sannsynlig at de undertrykker ønsket om frihet i arbeidet.

Spørreskjemaet åpnet for å undersøke hvor *opptatte* legene var av autonomi med påstanden ”Mulighet til å ta selvstendige, faglige beslutninger er noe av det aller viktigste for

⁵⁷ I utgangspunktet er alle assistentlegestillinger midlertidige på den måten at alle spesialister som er fast ansatte i dag betegnes som ”overleger”. Det er likevel grunn til å tro at legene har svart i den ”vanlige” betydningen av midlertidig stilling på dette spørsmålet både pga. konteksten spørsmålet er stilt i og det faktum at mange leger prøver seg i ett eller flere år på ulike medisinske område for å finne sin spesialisering.

en lege”. På en skala fra 1 til 5 svarte legene oftest 3, mens gjennomsnittet var 3,32. Dette kan tolkes som et verken/eller svar, og *kan* brukes til inntekt for tankene ovenfor om at legene i undersøkelsen på det daværende tidspunkt ikke oppfattet autonomi som den aller viktigste verdien i arbeidet. En kan tenke seg at dette ønsket først kommer med høyere status og større kunnskapsbase.

Det er nå forsøkt sagt noe om hvorfor legene synes å rapportere sterk grad av autonomi på tvers av arbeidssted med bakgrunn i tidligere litteratur som stort sett har foreslått at den individuelle legens autonomi er i fare. Denne undersøkelsen tyder foreløpig på det motsatte – de unge legene i utvalget synes å være svært autonome før vi har kontrollert for andre variabler. Nedenfor følger en gjennomgang av forskjellen i autonomiskåre for leger på og utenfor sykehus, samt noen forslag til forklaringer på denne tilsynelatende forskjellen (jmf. figur 5.1).

Leger på og utenfor sykehus

Leger på og utenfor sykehus jobber under ulike forhold, og er i ulik grad og på ulike måter styrt utenfra. Dette illustrerte vi tidligere ved å se på hvordan de ulike nivåene i helsetjenesten ble rammet av det senere års helsepolitiske endringer som ISF og FLO.

I tillegg har litteratur om sykehusleger og allmennleger pekt på hvordan organiseringen av ”bedriftene” er forskjellig og tillater ulik grad av medvirkning og mulighet til å bestemme over egen arbeidshverdag. Mens arbeid på sykehus er preget av hierarkier, er arbeidsplassene for leger utenfor sykehus preget av flatere struktur (Gjerberg 2002), hvilket i større grad legger til rette for medvirkning.

Forskjellen som fremkommer i figur 5.1 mellom sykehusleger og andre legers erfaring av autonomi er signifikant ($p=0,018$). På en skala fra 1 til 9 er gjennomsnittet for sykehusleger 4,84 med en standardfeil på 1,64, mens tilsvarende tall for leger utenfor sykehus er 6 og 1,99. For å kunne si noe om denne forskjellen må man fokusere på det som skiller sykehusene fra andre arbeidsplasser. Dersom sykehus i mindre grad muliggjør medvirkning, burde dette synes i de delene av autonomiindeksen som sier noen om positiv frihet. I tabell 5.1 følger derfor gjennomsnittsskårene for henholdsvis sykehusleger og leger utenfor sykehus på alle variablene som inngår i autonomiindeksen. Tabellen viser hvordan leger på og utenfor sykehus opplever ulike aspekter ved autonomi. Øverst finner vi gjennomsnittet på indeksen for begge gruppene, og under følger gjennomsnittsskårene for variablene som inngår i indeksen.

Tabell 5.1 Gjennomsnittlig opplevd autonomi for leger på og utenfor sykehus.

	Sykehusleger	S.E.	Andre leger	S.E.
Autonomi (indeks 1-9).	4,84*	1,64	6,00*	1,99
<i>Jobben min gjør det mulig å treffe mange avgjørelser på egenhånd (1-4).</i>	3,15	0,57	3,48	0,50
<i>I jobben min har jeg frihet til å bestemme hvordan jeg vil utføre arbeidet (1-4).</i>	2,99	0,60	3,20	0,54
<i>Jeg har mye å si når det gjelder hva som skjer med jobben min (1-4).</i>	2,40	0,70	2,84	0,89
<i>Min nåværende jobb gir mulighet til å jobbe selvstendig (1-4).</i>	3,30	0,60	3,51	0,64
<i>n</i>	257		73	

Sykehuslegene opplever gjennomsnittlig å være mindre autonome enn de andre legene på alle dimensjoner i indeksen. Indeks-gjennomsnittet er, som nevnt, 6 for leger utenfor sykehus på en skala fra 1-9, hvilket er 1,16 mer enn gjennomsnittet for leger på sykehus⁵⁸. Nesten 60 % av legene utenfor sykehus skårer 6 eller høyere, mens i underkant av 40 % av legene på sykehus gjør det samme. Leger på sykehus og sykehusansatte er generelt mer styrt av omgivelsene enn helsearbeidere utenfor sykehus⁵⁹. Rutinene er satte, og en assistentlege under spesialisering kan i liten grad bestemme arbeidsoppgaver eller organiseringen av arbeidet. Man kan bestemme hvilket fagfelt man vil jobbe innenfor, men utover det er det stort sett andre enn legen selv som deler ut oppgaver. Man kan tenke seg at legene på sykehus har et sterkere grep rundt seg enn leger utenfor – ikke bare i forhold til rutiner, men også i forhold til at de har flere andre kolleger og yrkesgrupper å forholde seg til. Riktignok har også allmennlegene opplevd en økning i rutiner å forholde seg til etter fastlegereformen, slik Nyborg (2007) påpekte. De foreløpige funnene i denne undersøkelsen tyder likevel på at legene utenfor sykehus opplever å være svært autonome.

Det som i størst grad trekker ned legens samlede erfaring av autonomi jmf. tabell 5.1, er muligheten til å påvirke hva som skjer med legens jobb. Dette tyder på at legene opplever

⁵⁸ Det skal igjen påpekes at begge gruppenes gjennomsnitt er forholdsvis høyt, da skalaen opprinnelig var fra 1 til 16, og ingen skåret lavere enn 8.

⁵⁹ De kan i mindre grad legge opp sin egen arbeidshverdag.

mindre mulighet til å *påvirke* rammeforholdene enn å faktisk kunne ta autonome beslutninger innenfor disse. Støtte for dette finner vi i resultatet for variabelen ”I jobben min har jeg frihet til å bestemme hvordan jeg vil utføre arbeidet”, som er den med lavest skårer etter variabelen som sier noe om muligheten til å påvirke hva som skjer med jobben. Begge disse er knyttet til legenes positive frihet, og synes å bidra mindre til den totale opplevelsen av autonomi enn variablene som sier noe om legenes negative frihet. For begge gruppene er det muligheten til å jobbe selvstendig som sterkest bidrar til høye skårer på autonomiindeksen. At legene utenfor sykehus skårer høyere hva selvstendig arbeid angår, skyldes trolig at muligheten til å jobbe selvstendig er større for allmennleger, kommuneleger og andre hvis arbeid er mindre preget av teamarbeid. For eksempel er det slik at kirurger sjelden jobber alene sammenlignet med en fastlege som bruker mesteparten av tiden alene eller med pasienter. Det er sannsynlig at dette automatisk vil føre til sterkere opplevelse av autonomi sammenlignet med sykehuslegene som stort sett ikke jobber alene. Enten det er med sykepleiere, eller i fellesskap med andre leger, foregår arbeidet i sykehusene ofte og på tvers av avdelinger og hierarki. Resultatene i tabell 5.1 kan tyde på at denne forskjellen i organiseringen av arbeidet er en viktig grunn til at legene utenfor sykehus virker å være mer autonome enn sykehusleger.

Som nevnt er det store forskjeller innad i legegruppene når det gjelder hvordan legene disponerer tiden i arbeidet. Visse spesialiteter på sykehus har minimal pasientkontakt, sammenlignet med allmennlegene som bruker store deler av arbeidstiden på å treffe pasienter. Allmennleger jobber stort sett alene. Denne undersøkelsen gjør det ikke mulig å kontrollere for hvor mye pasientkontakt legene har, men med tanke på at alle legene inkludert i undersøkelsen jobber i kliniske stillinger, vil disse legenes arbeid være preget av lege-pasient forholdet. I dette forholdet kan legens atferd i møtet med pasienten avgjørende for om legen føler seg autonom. I tillegg er det sannsynlig at de mest kompetente legene føler seg bedre skikket til å ta selvstendige beslutninger og dermed også friere, enn mindre kompetente leger.

Legens kompetanse

Autonomi betraktes som et gode, som en egenskap det er ønskelig å ha. Legene har fått denne goden gjennom år med praksis og tillitsbygging ovenfor staten og befolkningen. Tidligere så vi på hvordan autonomi ble oppnådd på bakgrunn av kompetansen legene innehar. Det er ikke bare profesjonens autonomi som er avhengig av denne kompetansen, men også legenes individuelle autonomi avhenger av å kunne det som kreves for å få *autorisasjon* som lege. Et av målene med denne undersøkelsen er å se på sammenhengen mellom ulike former for

kunnskap og autonomi for å se om det er visse typer kunnskap som ser ut til å bidra til legenes opplevelse av autonomi. Fordi arbeidet til leger på og utenfor sykehus er av ulik art er det rimelig å anta at kompetansen som kreves for å jobbe i de ulike nivåene av helsetjenesten er ulik. Før en analyse av sammenhengen mellom kompetanse og autonomi skal legens handlingsberedskap presenteres. I tillegg skal det undersøkes om leger på og utenfor sykehus har behov for ulike former for kompetanse.

Legenes samlede kompetanse, handlingsberedskapen, vil være avgjørende for hvordan de møter utfordringer i praksis. Det er derfor sannsynlig at legenes handlingskompetanse vil ha sammenheng med hvor autonome de opplever å være. En lege som har evne til å håndtere stress, være rasjonell, tenke bredt og inkludere ulike faktorer i handlingssituasjoner, vil trolig føle mindre stress, press og usikkerhet enn en lege som har mangelfull kompetanse. Mangelfull kompetanse gir legene færre handlingsalternativer og gjør legene mer utsatt for press fra pasientene. I tillegg vil legen tape tillit dersom hun fremstår som usympatisk og uempatisk. Dette kan føre til at pasienten ønsker å bytte lege, eller stiller flere krav og kritiske spørsmål, hvilket kan bidra til å legen føler seg mindre fri i arbeidsutførelsen. Kompetanse kan derfor ha stor betydning ikke bare for legestandens opprettholdelse av profesjonell autonomi, men også for hvorvidt enkeltlegen erfarer individuell, klinisk autonomi i arbeidet. Før vi studerer den antatte sammenhengen mellom enkeltlegens kompetanse og autonomi, skal vi undersøke fordelingen av ulike typer kompetanse for legene i utvalget.

Tabell 5.2 viser en oversikt over gjennomsnittsskårene på ulike former for kompetanse for leger på og utenfor sykehus. Tabellen viser at det tidvis er betydelige forskjeller mellom legene når det gjelder hvilke typer kunnskap som oppleves nødvendig i arbeidet. Legene utenfor sykehus ser ut til å ha langt større bruk for kunnskap om regler og bestemmelser (4,16) enn hva sykehuslegene har. Dette har trolig en logisk forklaring. De unge legene som jobber på sykehus har trolig ikke administrativt ansvar da de jobber som *assistentleger*. Det betyr at de ikke behøver å forholde seg til regler og bestemmelser så inngående som allmennleger må. Allmennlegene har mer papirarbeid og aspekter ved arbeidet som gjør det nødvendig å ha innsikt i langt mer enn medisinskfaglig kompetanse, kanskje særlig i forbindelse med den utfordrende portvakt-/advokatrollen. Mens *administrasjonen* på sykehuset prioriterer pasientene som kommer inn, og sykehuslegene tar i mot, må allmennlegene gjøre mye av det administrative arbeidet selv. På en skala fra 1 til 5 mener sykehuslegene at de har 3,53 bruk for kunnskap om regler og bestemmelser i arbeidet – hele 0,63 skiller gruppene fra hverandre, og dette er dermed den største forskjellen på sykehusleger og andre leger hva vurdering av kompetansebehov angår. De fleste kompetanseskårene er

relativt høye for begge gruppene. Særlig er det overraskende at legene ser ut til å ha tilegnet seg både relasjonelle (3,4) og instrumentelle ferdigheter (3,2) gjennom utdanningen.

Tabell 5.2 Gjennomsnitt, kompetanse for leger på og utenfor sykehus. n= 253 /74.

Handlingsberedskap	Sykehusleger	S.E.	Andre leger	S.E.	Differanse
Holdning					
Negativ holdning til kontroll (1-5)	2,62	0,92	2,43	0,85	0,19*
Ferdigheter					
Instrumentelle ferdigheter ¹ (1-5)	3,18	0,75	3,22	0,81	-0,04
Relasjonelle ferdigheter ¹ (1-5)	3,49	0,72	3,45	0,73	0,06
Instrumentelle ferdigheter ² (1-5)	4,39	0,50	4,40	0,46	-0,01
Relasjonelle ferdigheter ² (1-5)	4,28	0,53	4,41	0,49	-0,13
Kommunikasjonsferdigheter (1-7)	5,76	0,67	5,76	0,69	0
Kunnskaper					
Bred kunnskap ¹ (1-5)	1,83	0,65	1,79	0,67	0,04
Yrkesspesifikk kunnskap ¹ (1-5)	3,39	0,98	3,63	1,05	-0,24
Innsikt i regler og bestemmelser ¹ (1-5)	2,65	1,03	2,73	1,04	-0,08
Bred kunnskap ² (1-15)	3,51	0,64	3,79	0,64	-0,28*
Yrkesspesifikk kunnskap ² (1-5)	4,65	0,56	4,57	0,66	0,08
Innsikt i regler og bestemmelser ² (1-5)	3,53	0,90	4,16	0,75	-0,63*

¹ Kunnskap og ferdigheter tilegnet gjennom utdanningen.

² Kunnskap og ferdigheter som er nødvendig i arbeidet.

* Signifikant forskjell mellom gjennomsnittet for leger på og utenfor sykehus (uthevet skrift).

Legene vurderer kommunikasjonsferdighetene sine som svært gode; gjennomsnittlig 5,76 på en skala fra 1 til 7. De opplever også instrumentelle og rasjonelle ferdigheter som svært nødvendige i yrkesutøvelsen, og diskrepansen mellom tillært kompetanse og nødvendig kompetanse er minst når det gjelder relasjonelle ferdigheter. Dette kan tyde på at det har vært fokus på slike ferdigheter i utdanningen. Dette kan igjen bety at Scheis argumenter (2000) og omleggingen av medisnutdanningen har bidratt til å gjøre de ferdigutdannede legene flinkere på kommunikasjon og relasjoner. Resultatene i tabell 5.2 tyder på at legene både har fått utdanning når det gjelder disse formene for kompetanse og at de forstår betydningen av å ha kunnskap om hvordan man håndterer relasjonene de befinner seg i. Til tross for at *ferdighetene* vurderes som svært nødvendige, er det den yrkesspesifikke kunnskapen legene opplever som viktigst. Legene på sykehus opplever den yrkesspesifikke kompetansen som signifikant mer nødvendig enn andre former for kompetanse. Tallene viser en moderat diskrepans mellom tilegnet og nødvendig yrkesspesifikk kunnskap (-1,26 for sykehusleger og

-0,99 for andre leger). Det er naturlig at legene ikke lærte all den yrkesspesifikke kunnskapen som er nødvendig i arbeidet de utfører gjennom utdanningen. Dette gjelder særlig for sykehuslegene. For eksempel er noen kirurgiske inngrep sjeldne, og en lege som har vært i arbeid i 2-3 år har ikke fått oppleve alt som er av medisinske problemer de kan møte på i arbeidet. Det er derfor naturlig at de opplever den yrkesspesifikke kompetanse som veldig nødvendig – særlig leger på sykehus som bruker mye tid på å teste og oppdatere denne type kunnskap når de er på jobb.

I forbindelse med forskjellene mellom kunnskaper som er tilegnet gjennom utdanningen og i hvilken grad den samme kunnskapen oppleves som nødvendig, skal oppmerksomheten ledes mot den nederste delen av tabellen. Vi har allerede sett at det er diskrepans mellom tillært og nødvendig yrkesspesifikk kunnskap, men denne diskrepansen er moderat sammenlignet med den vi finner for andre former for kunnskap. Legene utenfor sykehus ser ikke ut til å ha lært nok om regler og bestemmelser i forhold til behovet for denne type kunnskap i arbeidet. Når det gjelder bred kunnskap er diskrepansen mellom utdanningskunnskapen og behovet i arbeidslivet stor (-1,68 for sykehusleger og -2 for andre leger). Bred kunnskap kan være tolket ulikt av respondentene, men skal fange opp kompetanse utover de andre nevnte dimensjoner. Med bred kompetanse kan man lettere se større sammenhenger, og særlig relevant for medisinen er de samfunnsøkonomiske hensynene man bør ha evne til å ta. Selv om begge legegruppene karakteriserer denne kompetansen som den de har *minst* bruk for av de øvrige, synes den å være langt mer nødvendig enn det fokuset det ser ut til at den fikk gjennom utdanningen. På den annen side vet vi at medisinutdanningen er svært teknisk orientert og at den nylig er noe endret for å gi legene flere dimensjoner til fagkunnskapen. Utdanningen fokuserer på mer *konkrete* læringsfelt enn hva man kan forstå som bred, generell kunnskap, og dette kan være årsaken til at de fleste legene ikke tilegnet seg særlig grad av breddekunnskap gjennom utdanningen.

Variasjonene i hva legene lærte på skolen er liten mellom gruppene. Dette kan skyldes at de to legegruppene består av leger fra UiO, UiB og utenlandske skoler, slik at den eventuelle variasjonen i tilegnet kunnskap som skyldes studiested er hvasket ut når vi deler legene opp etter arbeidssted. Det som likevel synes tydelig er at fokuset i utdanningen ligger på yrkesspesifikke og relasjonelle ferdigheter. De instrumentelle ferdighetene er slike man lærer når man er i praksis, altså gjennom turnusordningen. Bøker kan ikke lære en lege å arbeide under press, ta initiativ eller å ta ansvar. Dette er kompetanseformer som læres gjennom erfaring og praksis – en erfaren lege vet når det er på tide å ta initiativ til for eksempel å operere eller avslutte med en behandling. Dette kan altså være forklaringen på at

de instrumentelle ferdighetene ikke synes å være like tilegnet gjennom utdanning som de relasjonelle.

Vi har nå sett på hvordan legene vurderer hva de lærte gjennom utdanningen og hvor nødvendig de opplever at denne kompetanse er i arbeidet. Vi har sett at leger på og utenfor sykehus har behov for ulike former for kompetanse. Dette er i tråd med Virtanen og medarbeidere (2007), som presenterte hvilke kompetanser som var relevant for de forskjellige legegruppene. Vi har i tillegg sett at legene vurderer behovet for bred-, yrkesspesifikk-, relasjonell-, instrumentell- og regelkunnskap som stor, og at diskrepansen mellom kompetanse lært under utdanning og yrkesbehov er betydelig. Resultatene gjengitt over skal være bakteppet for de videre analysene som skal se på sammenhengen mellom legenes handlingsberedskap og autonomi. Vi skal bruke variablene over til å se på korrelasjoner mellom ulike former for kunnskap og autonomi, for å se om forholdet er som antatt – at de med mest og bredest kompetanse er de som erfarer å være mest autonome.

Kompetanse og autonomi

Hvis det er slik som antatt tidligere; at de legene som er mest kompetente også er de mest autonome, forventes det å være positive sammenhenger mellom ulike former for kunnskap og autonomi. En bivariat korrelasjonsanalyse kan hjelpe oss med å finne sammenhengene mellom variablene. Vi har tidligere hevdet at autonomi forutsetter rasjonalitet så vel som yrkesspesifikk kompetanse og mellommenneskelige ferdigheter. Schei (2003) mener at en god lege har både teknisk og den humanistisk kompetanse. Det er denne kombinasjonen av kunnskap og ferdigheter som gjør at legene har fått mandat til å ivareta helsefeltet, og spørsmålet er derfor om den *enkelte* leges autonomi har positiv sammenheng med kompetanse.

I tabell 5.3 presenteres korrelasjonene mellom autonomi og alle enkeltvariablene som inngår i de ulike kompetanseindeksene for å få et tydeligere bilde av hvilke former for kunnskap eller ferdigheter som ser ut til å ha med autonomi å gjøre. Analysen viser at det først og fremst er den kompetansen legene vurderer som nødvendig i arbeidet som har sammenheng med autonomi. Det kan være at det er kompetansen legene oppgir at de *behøver* for å utføre arbeidet som gir best bilde av den samlede kompetansen legene innehar på det tidspunktet de svarer på undersøkelsen⁶⁰. Det legene lærte i utdanningen er utviklet, forandret og tilpasset den arbeidsplassen legene befinner seg på. Til tross for at legene for eksempel

⁶⁰ Hvis man tenker seg at legene har lært seg det som er nødvendig for å utføre arbeidet.

ikke tilegnet seg innsikt i regler og bestemmelser gjennom utdanningen, har de trolig blitt nødt til å lære seg slike relevante bestemmelser der dette viser seg nødvendig i arbeidet. Man kan også tolke at legene anser relasjonelle ferdigheter som viktig i arbeidet dit hen at de er bevisste på betydningen av denne type kompetanse – de vet at den er nødvendig i yrkesutøvelsen og har fokus på dette dersom de ønsker å bli en bedre lege. Grunnen til at det er kompetansen legene opplever som nødvendig i yrkesutøvelsen som har sterkest sammenheng med autonomi, kan være at det er denne som gir det beste bildet på legens samlede kompetanse. I tillegg kan det tenkes at kompetansekravene på arbeidsplassen har betydning for autonomi. Arbeidsplasser som krever mye kunnskap er kanskje arbeidsplasser som muliggjør frihet til å ta beslutninger i større grad enn andre. Arbeidsplassen og de kravene den stiller i forhold til kompetanse, er slik svært avgjørende for hvilken positiv frihet legen har. Dersom legen er bevisst behovet for de ulike formene for kompetanse i jobben, er det mer sannsynlig at hun tar de i bruk, hvilket kan bidra til sterkere opplevelse av autonomi. Hvis legen i tillegg aksepterer i hvilken grad de ulike formene for kunnskap kreves av henne, vil dette kunne forklare den positive sammenhengen mellom kompetansebehov og autonomi.

Øverst i tabell 5.3 ser vi at de brede, generelle, yrkesrelevante kunnskapene er blant de som henger sterkest sammen med opplevelse av autonomi hos legene i undersøkelsen. Pearsons r for sammenhengen mellom autonomi og variablene i indeksen varierer fra 0,13 til 0,27. Hvorfor bred kunnskap skiller seg betydelig fra flere av de andre formene for kunnskap når det gjelder sammenhengen med autonomi kan forsøkes forklart med legitimitetsaspektet ved autonomi. Legene som har bred kunnskap om ulike forhold, og særlig utover de rent medisinske har en bedre evne til å se store sammenhengene. En slik evne vil kunne bidra til at disse legene i større grad enn andre aksepterer de forholdene som begrenser deres negative frihet, og slik opplever å være mer autonome enn de som ikke klarer å se utover den medisinske logikk⁶¹. Et annet eksempel kan være hvordan det vil være lettere å akseptere at man har en sykepleier som sjef, dersom man forstår diskusjonen bak enhetlig ledelse og tankene bak hvordan andre enn leger kan ha sjefsstillinger på sykehus.

Leger som opplever instrumentelle ferdigheter som viktige ser ut til å føle seg mer autonome enn de som har mindre behov for instrumentelle ferdigheter i arbeidet sitt. De som mener at instrumentelle ferdigheter er svært nødvendig i arbeidet, jobber sannsynligvis steder hvor de er nødt for å utføre en del oppgaver på egenhånd, samt ta beslutninger på egenhånd.

⁶¹ Den medisinske logikken er preget av tilgang på ubegrensede ressurser; alt for å hjelpe pasientene uansett hva.

Arbeidsplasser hvor man trenger å kunne arbeide selvstendig, under press, ta ansvar og fatte beslutninger, er arbeidsplasser som *muliggjør* frihet til å ta beslutninger for leger.

Tabell 5.3 Korrelasjoner mellom autonomi og kompetanse for leger. n=365

		Nødvendig i arbeidet	Tilegnet gjennom utdanning
<i>Yrkesrelevante kunnskaper:</i>	Bred, generell kunnskap	0,13*	0,13*
	Kunnskap om planlegging og organisering	0,22**	
Bred, generell	Kreativitet	0,27**	0,13*
<i>Yrkesrelevante kunnskaper:</i>	Yrkesspesifikk kunnskap	0,02	0,05
	Evne til kritisk refleksjon og vurdering av eget arbeid	0,04	0,04
Yrkesspesifikke	Innsikt i regler og bestemmelser	0,13*	-0,07
	Praktiske ferdigheter	-0,02	0,12*
<i>Yrkesrelevante ferdigheter:</i>	Samarbeidsevner	0,04	0,05
	Muntlig kommunikasjonsevne	0,11*	0,01
Relasjonelle	Skriftlig kommunikasjonsevne	0,12*	-0,04
	Toleranse, evne til å verdsette ulike synspunkter	0,12*	0,05
	Etisk vurderingsevne	0,20**	0,12*
	Evne til innlevelse i andre menneskers situasjon	0,07	0,13*
<i>Kommunikasjonsferdigheter</i> ⁶²	Etablere kontakt med pasienten		0,11*
	Vise respekt og interesse		0,18**
	Lytte aktivt		0,18**
	Vise et adekvat kroppsspråk		0,15**
	Ha øyekontakt med pasienten		0,19**
	Være rimelig rolig og avspent under intervjuet		0,14**
<i>Yrkesrelevante ferdigheter:</i>	Evne til å arbeide under press	0,02	0,13*
Instrumentelle	Evne til å jobbe selvstendig	0,28**	0,13*
	Evne til å ta initiativ	0,18**	0,05
	Evne til å ta ansvar og fatte beslutninger	0,23**	0,08

*Koeffisienten er signifikant på 0,05 nivået.

**Koeffisienten er signifikant på 0,01 nivået.

Denne muligheten til å ta beslutninger samt hvilket ansvarsområde man har, henger sammen med legenes arbeidssted. Arbeidssted skal senere kontrolleres for i en regresjonsanalyse – man finner da ut om arbeidssted er den egentlige årsaken til sammenhengen mellom behovet for instrumentelle ferdigheter og autonomi. Det er altså mulig at deler av sammenhengen mellom instrumentelle ferdigheter og autonomi viskes ut ved kontroll for arbeidssted, da behovet for instrumentelle ferdigheter vil variere med hvor legene jobber. Et viktig argument for en slik teori er den forholdsvis sterke sammenhengen mellom beslutningsevne, ansvar,

⁶² Her er legene bedt om å vurdere deres egen evne til å kommunisere med pasientene på det tidspunktet undersøkelsen ble utført, så her er det ikke noe skille mellom kompetanse tilegnet gjennom utdanning og kompetanse som oppleves nødvendig i arbeidet.

selvstendighet og autonomi. Hvis man har behov for beslutningskompetanse skyldes dette mest sannsynlig at man har et arbeid hvor det å ta beslutninger er viktig.

Sammenhengen mellom behovet for relasjonelle ferdigheter og autonomi, og kommunikasjonsferdigheter og autonomi er begge av betydning, dog mindre enn for instrumentelle ferdigheter og bred kunnskap. I teoridelen ble det antydnet hvordan en leges evne til kommunikasjon med pasienter og pårørende kan bidra til at legen lettere kan føle seg autonom i arbeidet. Den positive sammenhengen mellom muntlig kommunikasjon, kommunikasjonsferdigheter og autonomi kan tas til inntekt for en slik teori. Tabellen viser også at pearsons r for sammenhengen mellom etisk vurderingsevne og autonomi er 0,2. Dette kan ha samme årsak som hvorfor instrumentelle ferdigheter synes å være viktig – dersom legen har behov for etisk vurderingsevne skyldes dette trolig at hun er i beslutningssituasjoner i arbeidet hvor et slikt behov melder seg ofte. Det skal derfor bli interessant å se hvordan sammenhengene utvikler seg ved bruk av regresjonsanalyse, da det kan tenkes at de to indeksvariablene måler det samme⁶³. Den positive sammenhengen mellom etisk vurderingsevne og autonomi kan også skyldes at leger er bevisste denne evnen er flinkere til å vurdere ulike hensyn opp mot hverandre, og dermed opplever begrensningene i en beslutningssituasjon som mer legitime enn leger som mangler etisk vurderingsevne.

Vi så tidligere at det var den yrkesspesifikke kunnskapen legene mente var mest nødvendig i arbeidet, men korrelasjonsanalysen viser ingen sammenheng mellom yrkesspesifikk kunnskap og autonomi. Den manglende korrelasjonen tyder altså på at gode tekniske kunnskaper om symptomer ikke gjør at man føler seg mer autonom. Det er likevel problematisk å antyde at yrkesspesifikk kunnskap ikke har noen form for sammenheng med autonomi. Uansett om man måtte forstå denne typen kunnskap som teknisk eller som en kombinasjon av all kunnskap som oppleves som nødvendig i den aktuelle jobben⁶⁴, er den yrkesspesifikke kunnskapen verdifull. Den medisinske, tekniske kunnskapen gir legene *teknisk* makt i lege-pasient forholdet (Schei 2003). Legenes makt i lege-pasientforholdet er autoritativ og oppstår fordi pasientene tillegger legen en høy, iboende kompetanse. Denne type kompetanse vil bidra til legenes autonomi ved at pasienten i større grad gir legene frihet til å utføre sitt arbeid – overlater beslutning knyttet til egen helse til legen i mangel av tro på egen evne til å gjøre det samme. Men, som vi kom frem til tidligere, legens vitenskapelige,

⁶³ Fordi muntlig kommunikasjonsevne og kommunikasjonsferdigheter handler om noen av de samme aspektene ved pasientkommunikasjon.

⁶⁴ Dette er lite sannsynlig fordi de ulike formene for kompetanse står listet opp under hverandre. Det kommer slik tydelig frem at alle former for kompetanse blir fanget opp, og ”yrkesspesifikk kunnskap” gjenstår da som et av få alternativ som kan beskrive den medisinsk-tekniske kunnskapen.

profesjonelle kompetanse er lite verdt i forholdet til pasienten dersom hun ikke har evne til å samhandle, utvise empati og kommunisere. Dette kan altså være årsaken til at vi ikke finner noen sammenheng mellom *spesifikk* kompetanse og autonomi – denne kompetansen er lite verdt for en lege som ønsker å føle seg fri i arbeidet, dersom legen mangler evne til å skape gode relasjoner eller evne til å takle den type arbeid legen stadig utsettes for. De *instrumentelle- og relasjonelle ferdighetene* er de som gjør at det blir god medisin ut av de spesifikke medisinskfaglige kunnskapene.

Når det gjelder utdanningstilegnet kunnskap virker denne å ha langt mindre betydning for legenes erfaring av autonomi enn hva vi har sett for de typer kompetanse som oppleves *nødvendig* i arbeidet. Korrelasjonskoeffisientene er mindre (0,13 på det meste) og sammenhengene er mer spredt – sammenhengen finnes i større grad mellom autonomi og enkeltvariabler enn for indeksene som hele. Det kan tenkes at leger som har tilegnet seg egenskaper som evne til empati og arbeid under press i større grad er forberedt på det som kommer, tryggere, og dermed føler seg mer autonome i arbeidet enn andre.

Det mest påfallende med sammenhengene samlet er at vi finner de sterkeste sammenhengene mellom kompetanse og autonomi hos de legene som jobber på steder hvor man trenger kompetanse som er viktig for å ta autonome beslutninger. Behov for kunnskap om planlegging og organisering, kreativitet, generell kunnskap, innsikt i regler og bestemmelser, etisk vurderingsevne, evne til å ta ansvar og fatte beslutninger, samt evne til å jobbe selvstendig er alle behov som melder seg når en lege skal ta beslutninger på egenhånd knyttet til pasientbehandling. Slik sett kan man lure på om det er arbeidssted og ikke hvilken type kompetanse man trenger som er bestemmende for hvordan man opplever autonomi. I et forsøk på å finne et tydeligere svar på dette skal lineær regresjonsanalyse benyttes.

Lineær regresjon: Kontrollerte sammenhenger

For å finne ut om korrelasjonene i forrige avsnitt er reelle eller om de er konfundert av hverandre, skal det her gjøres bruk av lineær regresjonsanalyse. Den multiple regresjonsanalysen kontrollerer sammenhengene mellom de ulike variablene i tabell 5.3 for eventuelle konfunderende faktorer, herunder også kjønn. Tabell 5.4 viser resultatet av den endelige analysen, hvor utdanningskunnskapen er tatt ut til fordel for den kompetansen legene mener at de trenger i arbeidet. Dette skyldes den gjennomgående argumentasjonen for at legenes vurdering av hvilke former for kunnskap de har bruk for i arbeidet, gir et bedre bilde av deres samlede kompetanse enn hva de lærte under utdanningen. Konstantleddet refererer til

den gruppen som har verdien 0 på alle de uavhengige variablene – skåren for disse varierer fra 4.18 i modell 1 til 3.17 i modell 3. I modell 1 kontrolleres det for arbeidssted alene, i modell 2 kontrolleres det i tillegg for ferdigheter, og i siste og 3. modell kontrolleres sammenhengene mellom variablene for arbeidssted, ferdigheter, kunnskaper og kjønn.

Tabell 5.4⁶⁵ Lineær regresjon. Autonomi for leger. n= 283.

	modell 1		modell 2		modell 3	
	b	S.E.	b	S.E.	b	S.E.
<i>Konstant</i>	4,84***	0,11	4,34***	0,20	3,17***	0,64
Arbeidssted (ikke sykehus=1)	1,16***	0,23	1,16***	0,25	-1,49	1,33
Kommunikasjonsferdigheter (Høy grad=1)			0,47**	0,21	0,40*	0,21
Relasjonelle ferdigheter ² (Høy grad=1)			0,53**	0,21	0,45*	0,24
Bred kunnskap ² (1-5)					0,58***	0,18
Yrkesspesifikk kunnskap ² (Høy grad=1)					0,07	0,23
Innsikt i regler og bestemmelser ² (1-5)					-0,27*	0,16
Innsikt i regler og bestemmelser*Arbeidssted					0,64**	0,32
Kjønn (Mann=1)					0,18	0,22
<i>R</i> ²	0,07		0,11		0,15	
<i>n</i>	329		285		283	

² Kunnskap og ferdigheter som oppleves nødvendig i arbeidet.

*Koeffisienten er signifikant på 0,1 nivået.

**Koeffisienten er signifikant på 0,05 nivået.

***Koeffisienten er signifikant på 0,001 nivået.

Resultater

Modell 1 viser at de som jobber utenfor sykehus opplever å være mer autonome enn sykehuslegene, slik vi så i figur 5.1. Modellen viser, som resultatene fra gjennomsnittsanalysen, at sykehusleger gjennomsnittlig skårer 4,84 på autonomi, mens gjennomsnittlig skåre for leger utenfor sykehus er 6. I modell 2 blir sammenhengen mellom arbeidssted og autonomi kontrollert for legenes ferdigheter, og vi ser at sammenhengen ikke er konfundert av ferdighetene da koeffisienten for arbeidssted ikke forandrer seg. Koeffisientene for relasjonelle og kommunikative ferdigheter er henholdsvis 0,53 og 0,47, og mens modell 1 forklarer 7 % av variasjonen i avhengig variabel, bidrar ferdighetene til å forklare ytterligere 4 % av variasjonen. Når yrkesrelevante kunnskaper, kjønn og

⁶⁵ Korrelasjonen tidligere funnet mellom instrumentelle ferdigheter og autonomi, ble som antatt borte etter kontroll for andre ferdigheter, og langt fra signifikant ($p=0,874$) i regresjonsanalysen. I tillegg tappet variabelen utvalget for 24 respondenter. Variabelen er derfor utelatt fra regresjonsanalysen.

samspillsleddet ”arbeidssted*innsikt i regler og bestemmelser” inkluderes i modellen, øker forklaringskraften ytterligere med 4 % - til 15 %. Koeffisientene for de yrkesrelevante ferdighetene står nærmest uendret, hvilket tyder på at sammenhengen mellom disse og autonomi i liten grad er konfundert av yrkesrelevante kunnskaper eller kjønn. Koeffisienten for arbeidssted blir negativ fordi den positive effekten av variabelen fra modell 1 og 2 inngår i samspillsleddet. Innsikt i regler og bestemmelser er altså en forutsetning for at å jobbe utenfor sykehus skal henge positivt sammen med autonomi. Arbeidsstedsvariabelen er heller ikke lenger signifikant, på grunn av spredningen innad i gruppen⁶⁶. Kjønnskoeffisienten er ikke signifikant, og er sammen med yrkesspesifikk kunnskap den variabelen som i minst grad har sammenheng med autonomi. Til slutt ser vi at bred kunnskap har sterk, signifikant positiv sammenheng med autonomi med en koeffisient på 0,58.

Mest oppsiktsvekkende i tabellen over, er hvordan sammenhengen mellom arbeidssted og autonomi går fra å være sterk positiv i modell 1 og 2, til å bli sterk negativ i modell 3. Modell 3 viser at sammenhengen mellom arbeidssted og autonomi varierer med behov for innsikt i regler og bestemmelser⁶⁷. Tabell 5.2 viste at forskjellen i behov for innsikt i regler og bestemmelser var stor mellom leger og på og utenfor sykehus. I lys av forskjellen i behov for innsikt i regler og bestemmelser for leger på og utenfor sykehus, kan man tenke seg at også sammenhengen mellom innsikt i regler og bestemmelser og autonomi er ulik for leger på og utenfor sykehus. Figur 5.2 viser sammenhengen mellom autonomi og innsikt i regler og bestemmelser for leger på og utenfor sykehus, kontrollert for alle andre variabler i modellen. Vi ser at sammenhengen mellom variablene er positiv for legene utenfor sykehus, og negativ for sykehuslegene. For sykehuslegene er det slik at de som jobber i stillinger som krever innsikt i regler og bestemmelser, opplever å være mindre autonome enn de som ikke trenger å vite noe om disse. Sykehusleger opplever det ikke like nødvendig som andre leger å ha kontroll over regler og bestemmelser – sykehusleger jobber sjelden alene, og tar sjelden beslutninger om pasientbehandling, utskriving og prioritering alene. De har heller ikke portvakt- og advokatrollen på samme måte som legene utenfor, og behøver således ikke den samme innsikten i regler og bestemmelser⁶⁸. Årsaken til den negative sammenhengen mellom innsikt i regler og bestemmelser og autonomi for sykehuslegene, kan være at disse føler seg

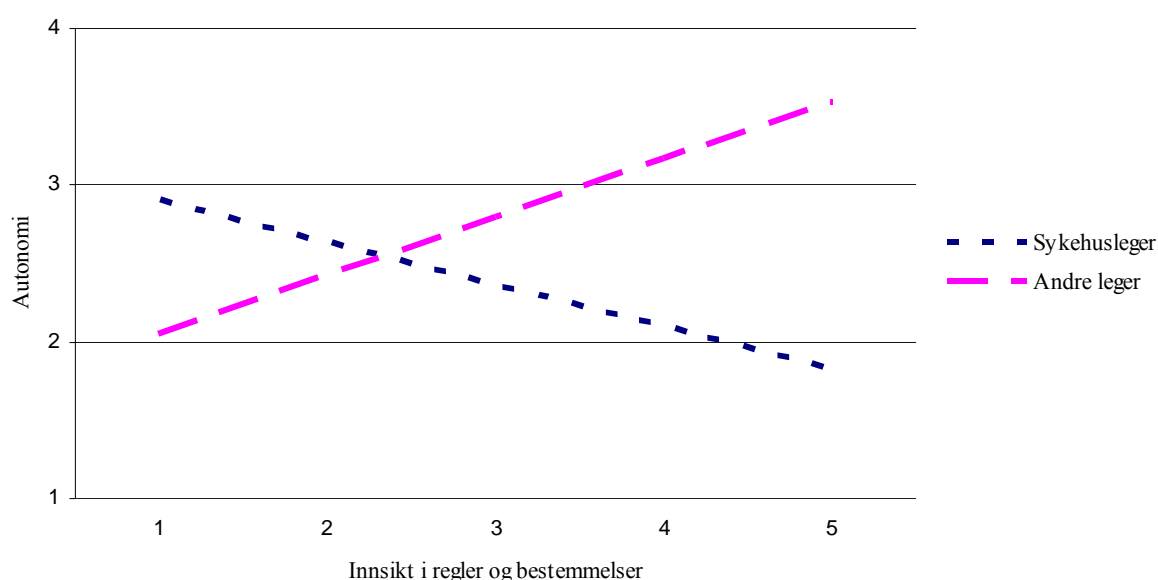
⁶⁶ Fordi det etter hvert har blitt færre leger i gruppa ”utenfor sykehus” ved kontroll for andre variabler, blir usikkerheten rundt målet større.

⁶⁷ Før samspillsleddet ble inkludert i analysen, viste variabelen ”innsikt i...” en svak negativ effekt på autonomi, mens arbeidssted viste en betydelig positiv effekt.

⁶⁸ Alle leger må ha innsikt i pasientrettighetsloven, etiske regler for leger o.l., men når det gjelder formelle bestemmelser knyttet til sykemeldinger, trygdeytelser o.l., er disse i større grad aktuelle for allmennleger/fastleger og leger i administrative stillinger.

mindre fire på en arbeidsplass som krever regelkompetanse. Kanskje forventer sykehuslegene at de skal behøve innsikt i biomedisinsk kunnskap heller enn regler og bestemmelser, og føler seg mindre autonomi dersom arbeidsplassen krever at de skal ha regelkunnskap utover etiske regler for leger.

Figur 5.2 Predikert autonomi etter arbeidssted og innsikt i regler og bestemmelser. n=283.



Kunnskap om gjeldende regler og bestemmelser kan gjøre det lettere for leger å ta de riktige beslutningene i forhold til sykemeldinger, trygdeytelser og henvisninger, som vanligvis er beslutninger fastleger/allmennleger står for. Denne kunnskapen gir legen oversikt over hennes handlingsmuligheter. Jo mer innsikt man har om slike bestemmelser, jo tydeligere fremstår handlingsrommet, og lettere blir det å være bevisst på akseptasjon av betingelsene og egen handlingsfrihet innenfor det gitte rommet. En arbeidsplass som krever innsikt i regler og bestemmelser kan være en arbeidsplass som krever mer enn medisinsk praksis alene, hvilket i større gradet er tilfelle for leger utenfor sykehus og leger i administrative stillinger⁶⁹.

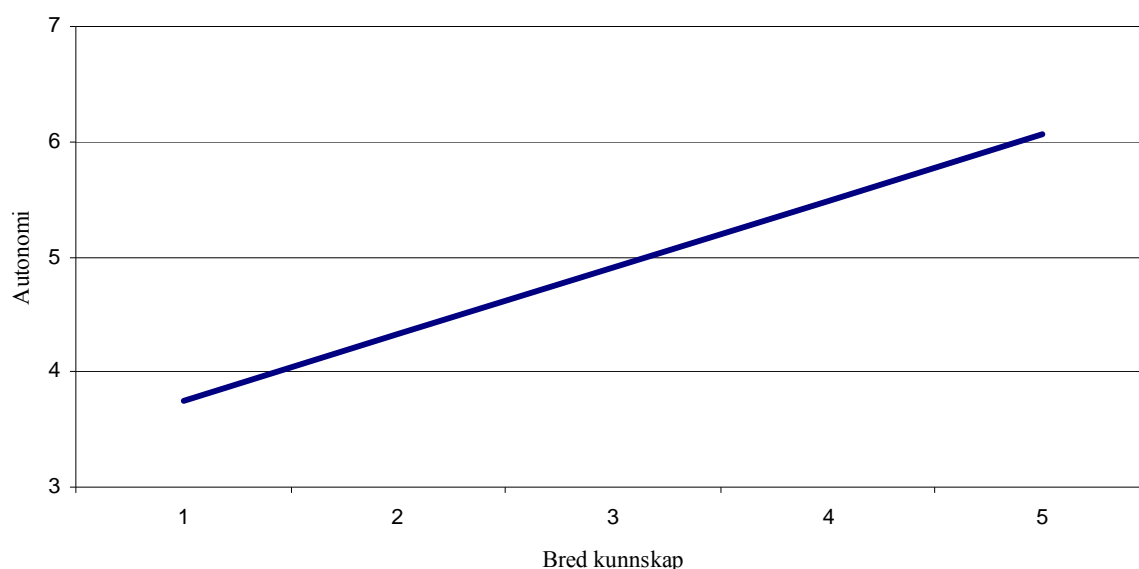
Legenes ferdigheter; relasjonelle, instrumentelle og kommunikative er positivt korrelert med autonomi, og antas å bidra til at legene føler seg mer autonome. De relasjonelle ferdighetene hadde ikke sterkere sammenheng med autonomi enn instrumentelle ferdigheter i korrelasjonsanalysen, men tabell 5.4 viser at relasjonelle ferdigheter bidrar med 0,45 på den samlede autonomiskalaen⁷⁰. Leger som vurderer relasjonelle ferdigheter viktig i arbeidet, er altså mer autonome enn andre leger. Tabellen viser også at kommunikasjonsferdigheter, i liket

⁶⁹ Dette er ikke en aktuell problemstilling for legene i denne undersøkelsens utvalg, da de foreløpig er assistentleger under opplæring.

⁷⁰ Sammenhengen mellom instrumentelle ferdigheter og autonomi forsvant ved kontroll for arbeidssted.

med relasjonelle, har positiv sammenheng med autonomi. Dette støtter antakelsen om at ferdigheter, derunder mellommenneskelige, kan gjøre at legene føler seg mer autonome. Videre tyder resultatet på at relasjonelle og kommunikative ferdigheter *ikke* er mål på de samme mellommenneskelige ferdighetene, da de beholder styrken på sammenhengen med autonomi ved kontroll for hverandre og andre variabler. Ferdighetene er på samme måte som innsikt i regler og bestemmelser kontrollert for samspill, men dette syntes ikke å være tilfelle mellom ferdigheter og arbeidssted⁷¹. Uansett arbeidssted, styrker altså mellommenneskelige ferdigheter legenes opplevelse av autonomi. Autonomiskåren for en sykehuslege med høy grad av mellommenneskelige ferdigheter er 4.02 (kontrollert for andre variabler i tabellen). Til sammenligning er den gjennomsnittlige skåren for en sykehuslege med middels ferdigheter, kontrollert for andre variabler i modellen, 3,17.

Figur 5.3 Predikert autonomi etter bred kunnskap. n=283.



Bred kunnskap virker å være nyttig dersom man ønsker å føle seg autonom som lege. Sammen med samspillsleddet er behovet for bred kunnskap faktoren som henger sterkest sammen med autonomi. En lege som mener breddekunnskap er svært viktig i arbeidet skårer gjennomsnittlig 2,9 høyere enn de som hevder at de ikke har behov for denne i arbeidet⁷². Det ble tidligere antydnet hvordan bred kompetanse kan bidra til å øke opplevelsen av autonomi. Antakelsen om at brede perspektiver kan øke forståelsen for at man utsettes for restriksjoner i

⁷¹ Heller ikke mellom ferdigheter og kjønn.

⁷² Det er også forsøkt gjort logistisk regresjonsanalyse på den samme avhengige variabelen, hvor autonomiindeksen ble delt inn i middels (1-5) og høy grad av autonomi (6-9). Det viste seg da at sannsynligheten for å være i den gruppa med mest autonomi er rundt 10 ganger så stor for de med maks behov for breddekompetanse.

arbeidet får støtte i den sterke, positive sammenhengen mellom bred kunnskap og autonomi. I den andre enden av kunnskapsspekteret viser tabell 5.4 hvordan yrkesspesifikk kunnskap ikke har sammenheng med autonomi. Til tross for at legene opplever dette som den mest *nødvendige* yrkesrelevante kunnskapen, ser den ikke ut til bidra til opplevelsen autonomi.

For en sykehuslege er kombinasjonen av relasjonelle ferdigheter, breddekompetanse og en jobb hvor man ikke trenger å kunne noe om regler og bestemmelser, den beste dersom man ønsker størst mulig sannsynlighet for å være autonom. Skåren for en sykehuslege med alle disse trekkene er predikert til å være:

$$\begin{aligned}\tilde{Y}_{\text{sykehusleger}} &= \text{Konstant} + \text{Arb.sted.} * 0 + \text{Rel.ferd.} * 1 + \text{Komm.ferd.} * 1 + \text{Innsikt} * 0 + \text{Bred} * 5 = \\ &3,17 + 0,45 + 0,40 + 2,9 = \mathbf{6,92}\end{aligned}$$

For legene utenfor sykehus er den mest gunstige handlingsberedskapen relasjonelle ferdigheter, innsikt i regler og bestemmelser og bred kunnskap, dersom man ønsker autonomi.

$$\begin{aligned}\tilde{Y}_{\text{andre leger}} &= \text{Konstant} + \text{Arb.sted} * 1 + \text{Rel.ferd.} * 1 + \text{Komm.ferd.} * 1 + \text{Innsikt} * 5 + \text{Innsikt} * \text{arbeid} * 5 + \text{Bred} * 5 = \\ &3,17 - 1,49 + 0,45 + 0,40 - 1,35 + 3,2 + 2,9 = \mathbf{7,28}\end{aligned}$$

Dette kan tyde på at *muligheten* til å erfare autonomi er større for leger utenfor sykehus⁷³.

Med dette menes at med de variablene som er inkludert i analysen, er det samlet sett legene utenfor sykehus som kan få de høyest predikerte skårene. Dette gjelder kun dersom disse legene jobber steder hvor det er nødvendig med innsikt i regler og bestemmelser.

Regresjonsmodellene viser analysenes forklaringskraft; den blir styrket for hver gang en modell utvides. Til tross for at de multiple modellen (3) viser en beskjeden R^2 , betyr ikke dette at de uavhengige variablene *ikke* henger sammen med legenes autonomi. At modell 3 forklarer 15,1 % av variasjonen i avhengig variabel, betyr snarere at legenes autonomi må være påvirket av flere forhold i tillegg til kompetanse, arbeidssted og kjønn.

Kjønn bidrar ikke til å forklare noe av variasjonen i autonomi, og den svake positive koeffisienten er ikke signifikant. Dette kan tyde på at antakelsene om at mannlige og kvinnelige leger i utvalget ikke opplever forskjeller i autonomi, stemmer. Hvorvidt kjønnslikheten i autonomi skyldes at legene er under opplæring og således møtes med like forventninger og har likt handlingsrom, eller at den tradisjonelle legerollen generelt er endret slik at kvinner og menn opplever samme grad av frihet er uvisst.

⁷³ I den logistiske regresjonsanalysen foretatt i arbeidet med analysene fant jeg tilsvarende – at legene utenfor sykehus samlet sett hadde større potensial for å være i gruppa med mest autonomi.

Oppsummering

Resultatene i undersøkelsen har først og fremst vist at legene opplever å være svært autonome. Hvis alle andre forhold holdes konstante er sykehuslegene 3,17 og andre leger 1,68 autonome på en skala fra 1 til 9⁷⁴. Det mest interessante funnet foruten de høye skårene på autonomi generelt, er hvordan det å jobbe utenfor sykehus virker negativt på legens autonomi med mindre de har god innsikt i regler og bestemmelser. Felles for legegruppene er at relasjonelle ferdigheter og evne til å kommunisere har positiv sammenheng med autonomi. I tillegg synes bred kunnskap å være svært verdifullt hva opplevelse av autonomi angår. Verken sykehuslegene eller andre leger opplever mer autonomi dersom skårene på yrkesspesifikk kunnskap er høye – det virker altså ikke å være noen direkte sammenheng mellom yrkesspesifikk kunnskap og autonomi. Heller ikke legenes kjønn henger sammen med deres opplevelse av autonomi.

⁷⁴Minner om at dette tilsvarer 8,68 og 10,17 på den opprinnelige skalaen fra 1-16, og dermed forholdsvis høye skårer.

Diskusjon

I denne avsluttende delen av oppgaven skal funnene i undersøkelsen brukes til å diskutere den eksisterende teorien på feltet. Det skal i denne diskusjonen fokuseres på de mest fremtredende funnene i analysen, særlig legenes generelt sterke opplevelse av autonomi. I tillegg skal funnene være bakgrunn for en diskusjon om hvordan autonomi er en relativ, foranderlig størrelse som fordrer bred kompetanse. Hva autonomibegrepet omfatter vil nemlig, som følge av dets analytiske oppbygging, variere med legens positive frihet og eventuelle opplevelse av at denne er legitim. Før vi går dypere inn i mulige forklaringer på resultatene satt i sammenheng med tidligere forskning og teori på feltet, skal de metodiske implikasjonene ved undersøkelsen diskuteres.

Metodiske implikasjoner

Validitets- og reliabilitetsproblemene knyttet til denne undersøkelsen er betydelige, særlig når det gjelder muligheten for generalisering av funn. Validitet er særlig viktig når det gjelder den avhengige variabelen – autonomi. Autonomiindeksen er sammensatt av fire ulike variabler som skal måle ulike aspekter ved begrepet. Problemene knyttet til denne undersøkelsens avhengige variabel ble diskutert i delen om data og metode – dataene brukt i denne undersøkelsen var forhåndsinnsamlede og ikke laget spesielt med tanke på å studere legers autonomi. I tillegg er målene lite spesifikke da de tar utgangspunkt generell frihet i arbeidet og muligheten til å ta beslutninger, uten å spesifisere hvilke type beslutninger det er snakk om. Likevel er 3 av 4 variabler i indeksen bygget på tidligere forskning og litteratur som har brukt disse tre variablene til å måle det Karasek (1979) begrepsfestet til ”kontroll over arbeidsbetingelser” eller ”autonomi”. Det er dermed ikke begrepsvaliditeten knyttet til operasjonaliseringen av autonomi i seg selv som er problemet, men hvor langt man kan gå i tokningen av hva det å være autonom innebærer. Man må derfor spørre seg hva det *egentlig* betyr når en ung og lite erfaren lege mener at hun kan treffe mange avgjørelser på egenhånd, og hva slags avgjørelser dette kan være. Viktig er det også å huske at legene kan ha ulike kriterier for å bedømme hva det vil si å jobbe selvstendig, hva det vil si å ha medbestemmelse og hva de legger i å ha mulighet til å ta avgjørelser på egenhånd. Problemene knyttet til operasjonalisering blir mindre, jo større utvalg man har. De gjennomgående høye skårene i utvalget gjør det derfor rimelig å anta at de unge legene generelt føler seg autonome i arbeidet.

Tidligere i oppgaven påpekes det at det er legenes *subjektive* erfaring av autonomi, eller mangel på sådan, som er interessant for denne undersøkelsen. Til tross for dette må man kunne anta at det er en viss overensstemmelse mellom hva legene *føler*, og hvilke muligheter de faktisk har. Denne ideen er særlig viktig fordi man i definisjonen av autonomi har vært klar på at autonomi må defineres i forhold til den positive friheten arbeidsplass og stilling tilsier. Det er altså mulig å føle seg autonom selv om man er underlagt frihetsbegrensninger. Mål på både positiv og negativ frihet er inkludert i autonomiindeksen, men man kunne fått et enda mer valid mål på autonomi dersom legitimitetsaspektet hadde vært inkludert i indeksen. Dette kunne vært gjort ved å stille spørsmål som: ”Er du fornøyd med din mulighet til å påvirke viktige beslutninger om pasientbehandling i arbeidet?”. Spørsmål med et slikt fokus kan fange opp hvordan legene opplever sin egen autonomi og påvirkningskraft. Dersom legene er misfornøyd, kan dette tyde på at de opplever begrensningene de er underlagt som illegitime. Det kan også bety at legene ønsker å kunne påvirke mer, uten at de nødvendigvis opplever mangel på slik påvirkningsmulighet som illegitim. Legitimitetsaspektet er således komplisert å måle, og fanges trolig best opp av kvalitative undersøkelser hvor man som forsker har mulighet til å stille åpne spørsmål og oppfølgingsspørsmål. Mangelen på slik fleksibilitet er en av spørreundersøkelsens svakheter, men på den andre siden får forskeren tilgang på data fra langt flere leger. I tillegg gir målene på positiv og negativ frihet et større og sikrere bilde av generelle tendenser ved bruk av kvantitativ metode. Dermed er muligheten til å få respons fra store mengder respondenter større enn ved bruk av kvalitativ metode.

Selv om det kan argumenteres for at undersøkelsens interne validitet er tilstrekkelig, er det større metodiske utfordringer knyttet til ekstern validitet og generalisering av funn. Det mest problematiske med undersøkelsen er dens manglende mulighet til sammenligning med lignende studier, hvilket skyldes to sammenbundne forhold – måten avhengig variabel er konstruert på og forskningsdesignet. Tidligere studier har fokusert på hvordan legens autonomi *endrer* seg som følge av ulike helsereformer og har målt legenes opplevelse av autonomi på ulike tidspunkt – gjerne før og etter innføringen av en ny reform (Lian 2003; sosial og helsedirektoratet). Fordi disse studiene i stor grad er bygget på antakelser om at helsepolitiske endringer har ført til tap av autonomi, spør de gjerne etter konkrete aspekter ved legens frihet til å ta beslutninger i arbeidet (Burdi & Baker 1999). Her er kjernen i problemet med å sammenligne studien basert på Studdata med litteraturen som finnes på feltet. For eksempel benyttet Burdi og Baker (1999) seg av panelstudier og fant at legenes autonomi i 1996 var langt mindre enn i 1991. De baserte studien på spørsmål om blant annet mulighet til å tilbringe tid med pasientene, mulighet til å beslutte innleggelse, samt mulighet til å bestille

tester. Denne undersøkelsen er heller basert på unge legers opplevelse av generell autonomi på ett tidspunkt. Med hensyn til utvalgets bakgrunn er den eneste gruppa vi kan si noe om norske leger med 2 til 3 års fartstid i legeyrket.

Hvis det mot formodning hadde vært mulig å sammenligne legers autonomi på to tidspunkt, ville ikke paneldesignet vært den beste metodiske tilnærmingen for å styrke denne undersøkelsen. Dette skyldes at man i Studdatas undersøkelse måler unge, uerfarne legers autonomi, og hvordan de opplever å være autonome under *gjeldende* reguleringer. Hvis man ønsker å finne ut om unge leger hadde det bedre før dagens gjeldende helsepolitiske retningslinjer, måtte man ha undersøkt unge legers autonomi *før* disse ble innført. Det ideelle ville dermed vært å basere seg på en undersøkelse av nyutdannede leger som har vært 2-3 år i arbeid på slutten av 80-tallet. På denne måten ville man i størst mulig grad isolert effekten av helsepolitiske endringer. De ulike legegruppenes forventninger til autonomi er da tilpasset den positive friheten legene vet de har tilgang på, i motsetning til hva som ville vært tilfellet ved en panelstudie. Dersom de unge legene på 80-tallet viste høyere skårer på autonomi enn legene i denne undersøkelsen, ville svarene gitt grunnlag for å anta at forholdene dagens leger jobber under oppleves som mindre frie. Hadde man derimot funnet at unge leger i dag er mer autonome, kunne dette for eksempel ha latt seg forklare med økende vekt på de positive effektene av teamarbeid og relasjonelle ferdigheter. Selv om vi ikke har et slikt sammenligningsgrunnlag å forholde oss til kan vi, tatt i betraktning de gjennomgående høye skårene og betydningen av bred og relasjonell kompetanse, bruke resultatene til å diskutere om helsepolitikken som føres kan bidra til tap av autonomi. I tillegg kan vi diskutere hva en gruppe enkeltlevers positive opplevelse av autonomi kan være et uttrykk for sett i lys av de gjeldene teorier om utviklingen av legenes autonomi.

Problemene med å se denne undersøkelsens resultater i lys av delvis usammenlignbare studier og teorier på strukturnivå er tydelige, men kan likevel bidra til å klargjøre ideer om hvordan man kan forklare legens sterke opplevelse av autonomi. Med mangel på spesifikke, relevante sammenligningsgrunnlag er det rimelig å forsøke å sette undersøkelsen i sammenheng med eksisterende litteratur på feltet. Til tross for de metodiske implikasjonene ved undersøkelsen, som diskutert over, danner resultatene bakgrunn for en diskusjon av de ulike teoriene om den medisinske profesjonens autonomi; proletariseringstesens, deprofesjonaliseringstesens, og Freidsons teori (1970, 1986) om hvordan legene stadig opprettholder sin autonomi og posisjon i samfunnet (dette til tross for Carol Blacks bekymring for konsekvensene av den økende kvinneandelen i medisinen). Disse teoriene er utformet på bakgrunn av samfunnsstrukturer – profesjonens plassering i samfunnets makthierarki – mens

denne undersøkelsen er gjort på individnivå. Det skal derfor understrekes at målet her ikke er å *sammenligne* resultatene i analysen med teorier på feltet, men heller å sette den sterke opplevelsen av autonomi som legene i utvalget rapporterer i sammenheng med disse teoriene.

Autonomi som foranderlig størrelse

Seneres tids endringer i helsesektoren har bidratt til en betydelig forandring av legenes arbeidsforhold, samt lagt grunnlaget for viktige diskusjoner av tilstanden og posisjonen til den medisinske profesjon. Noen har hevdet at legene har gjennomgått en proletariseringssprosess og påpekt hvordan legene stadig ble mer avhengige av andre for sin produksjon, og dermed tapte kontrollen over egne arbeidsbetingelser (McKinlay & Arches 1985). Denne argumentasjonen synes ikke å være gyldig verken når vi ser på resultatene i undersøkelsen eller posisjonen og innflytelsen til legeforeningen forøvrig. Legene er fortsatt monopolistiske forvaltere av befolkningens helse. I kraft av sin kunnskap og sitt monopol på feltet, er det vanskelig å se for seg at legerollen kommer til å ligne på yrkesrollen til en ”vanlig” arbeidstaker i nær framtid. Disse forhold ble også påpekt av Ritzer og Walczak (1988), som hevder at debatten om proletariseringen av legeyrket ”døde like fort som den oppstod”⁷⁵. McKinlay & Stoeckle (1988) fortsatte arbeidet med sine antakelser, men snakket om ”korporatisering”, heller enn ”proletarisering” da den sistnevnte termen var svært upopulær blant legene selv (Aasland & Light 2003).

Ritzer og Walczak mener videre at den medisinske profesjonen ikke er rammet av proletarisering, men av deprofesjonalisering. Denne tesen ble først presentert med bakgrunn i medisinsk kunnskapslekkasje – tap av monopol på medisinsk kompetanse (Haug 1973). Flere var opptatt av hvordan legeyrket var i ferd med å endre seg fra å være altruistisk orientert basert på medisinsk logikk til å bli stadig mer byråkratisk og formålsrasjonelt orientert (Haug 1973; Ritzer & Walczak 1988; Helse Vest 2006). Disse teoriene hevder at legenes handlingsrom har blitt mindre. Myndighetenes ønske om å kontrollere kostnadene og effektivisere driften av helsetjenestene er bakgrunnen for å hevde at den medisinske profesjon i Norge *kan* ha vært utsatt for en lignende prosess.

De strukturelle endringene helsepolitikken i Norge har ledet til, har gjort det tydelig for legene at en viss formålsrasjonalitet er å forvente dersom de skal klare å drive helseforetak og legekontorer uten å gå i underskudd. Det rapporterte kunnskapsbehovet til legene i denne undersøkelsen reflekterer at de står ovenfor en del utfordringer som krever mer enn

⁷⁵ Likevel presenteres tesen i de aller fleste tekster om leger og autonomi.

medisinsk-teknisk kompetanse alene. At legene skulle ende opp med å bli rent formålsrasjonelle slik Ritzer og Walczak (1988) antyder⁷⁶ er lite sannsynlig, selv om denne type rasjonalitet trolig eksisterer i større grad innen helsetjenesten nå sammenlignet med tidligere⁷⁷. Snarere enn deprofesjonalisering hvor legene tvinges til en viss verdiendring, vil det være rimelig å anta at legene har beholdt sin substantive rasjonalitet basert på autonomi, autoritet over pasienter og altruisme i kombinasjon med en økonomiskrasjonell tilnærming til prioritering og arbeid forøvrig. Disse endringene i rasjonell tilnærming har vært påpekt tidligere i en rekke norske tekster (Aarseth 1999; Førde 2003; Lian 2003), og synes å ha preget leger i forskjellige stillinger på ulikt vis.

Freidson hevdet at det innen profesjonen har utviklet seg en administrativ elite som gjennomfører den interne kontrollen over de individuelle grasrotlegenes praksis. Legene i denne undersøkelsen er i hovedsak grasrotleger, og dermed sterkest preges av trusselen mot individuell autonomi gjennom strengere reguleringer og økt standardisering. Legene i undersøkelsen virker å være svært autonome – alt annet enn proletariserte samlebåndsarbeidere eller formålsrasjonelle, deprofesjonaliserte maskiner. Norsk helsepolitikk kan settes i sammenheng med deler av utviklingen man har sett i for eksempel USA, og da særlig i forhold til NPM. Men vi finner altså svært liten overensstemmelse mellom bildet av autonomi i denne undersøkelsen og teoriens påstander om at enkeltlegene mister autonomi på grunn av deprofesjonalisering av yrket eller standardisering av metoder og krav om dokumenterbarhet.

Man kan argumentere for at det *fysiske* rommet for den enkelte leges skjønnsutøvelse har blitt mindre som følge av økt kontroll av legens praksis. Men – autonomi er definert som en tilstand man kan være i dersom man *aksepterer* frihetsbegrensningene man er underlagt. Derfor er det ingenting i veien for at leger med ulike frihetsbegrensninger kan oppleve samme grad av autonomi. Hva som ligger i å være autonom er således *foranderlig* og avhengig av arbeidsforhold og strukturelle forhold for øvrig. Det er derfor ikke mulig å sette konkrete kriterier for hva det vil si å være autonom; eksempelvis kan ikke hvorvidt en lege på egenhånd har mulighet til å beslutte innleggelse eller ikke bli stående igjen som et fast mål på autonomi. Dersom legen mener det er rimelig at andre også tar del i beslutninger, vil ikke hennes manglende mulighet til å ta en slik beslutning *alene* påvirke i hvilken grad hun opplever å være autonom. De forhold som i en periode er avgjørende for at en lege skal

⁷⁶ De understreker likevel at Webers rasjonalitetsformer er idealtyper, og at man aldri vil finne en person som *kun* benytter seg av *en* type rasjonalitet uten påvirkning fra andre verdier.

⁷⁷ Lian (2003) fant at i forbindelse med det statlige økonomifokuset i helsetjenesten, ble tidligere illegitime argumenter basert på økonomi oppfattet som legitime.

oppleve å være autonom, kan i en senere periode altså oppleves som irrelevante for erfaringen av autonomi.

En ny legerolle⁷⁸: Behov for bred, mellommenneskelig kompetanse

De høye autonomiskårene ble i forrige kapittel forklart med legenes unge alder og korte fartstid i yrket. Studien gjorde det umulig å sammenligne de nyutdannende legenes resultater med leger som var mer erfarne, men er likevel grunn til å anta yngre leger føler seg mer autonome enn de som har praktisert under ulike helsepolitiske reguleringer⁷⁹. Denne antakelsen får støtte fra Aasland og Light (2003): ”Leger som klamrer seg til den tradisjonelle profesjonsrollen, føler seg truet både ovenfra og nedenfra. Men leger som ønsker den nye legerollen velkommen blir med på å utvikle en teambasert, åpen og ansvarlig helsetjeneste for det neste århundret”. Med dette mener Aasland og Light (2003) at legerollen gjennomgår endring og at man må være åpen for forandring i legerollen dersom man ønsker å føle seg tilfreds med yrkesvalg og yrkesutøvelse. Dette gjenspeiler ideen om at man kan føle seg autonom i de fleste situasjoner dersom man *aksepterer* betingelsene man er underlagt i den gitte situasjonen eller ved det gitte handlingsvalget⁸⁰.

Betingelsene for å være lege har endret seg i takt med nye statlige bestemmelser, og slik har også betingelsene for å erfare autonomi endret seg. Dersom legene føler seg truet av den nye legerollen, vil de føle tap av autonomi, snarere enn å omfavne de nye betingelsene og *benytte* seg aktivt av dem og dermed ta uforstyrrede beslutninger innenfor rommet av den endrede positive friheten. Dette skyldes at ”arbeidstakeres autonomi er et resultat av deres faktiske frihet, og refleksjon rundt denne friheten” (Svalund 2003). Refleksjonene rundt friheten er avhengig av hvilke forventninger man har. Yngre leger har lettere for å unngå den tradisjonelle profesjonsrollen, og heller bli sosialisert inn i en legerolle som i større grad reflekterer dagens samfunn; dagens sykdomsbilde og fokus på pasientautonomi, åpenhet og dokumenterbarhet. De unge legene aksepterer antakelig at kvalitet baseres på forskning og resultatmål heller enn individuelle prosesser og autonome beslutninger, lettere enn leger i den tradisjonelle rollen. Den nye legerollen krever også en annen sammensetning av kunnskap enn den tradisjonelle.

⁷⁸ Dette uttrykket/denne påstanden er hentet fra Aasland og Lights (2003) artikkel om den nye legerollen.

⁷⁹ Pga. forventninger som nevnt på side ”metodiske implikasjoner”.

⁸⁰ Dette forutsetter at prosessen hvor man *aksepterer* frihetsbegrensninger ikke selv er underlagt begrensninger. Man kan altså ikke benytte seg av samme resonnement dersom legen ikke hadde noe reelt valg når det gjelder tiltredelsen av stillingen. Slike tilfeller kan oppstå steder hvor det for eksempel kun finnes en aktuell arbeidsplass, og legen nærmest tvinges til å akseptere frihetsbegrensningene arbeidskontrakter inneholder.

Vi fant i analysene at leger med relasjonelle og kommunikative ferdigheter er mer autonome enn de som ikke har slike ferdigheter. Disse yrkesrelevante ferdighetene kan kalles *mellommenneskelige ferdigheter*, da de begge forklarer legens evne til å lytte til pasientene og på ulike vis kommunisere med dem. Undersøkelsen viste også at leger med bred kunnskap er autonome i større grad enn andre leger. Med det tidvis store fokuset på pasientenes autonomi, samt presset leger ofte utsettes for av pårørende, er det viktig at legene har ferdigheter til å takle disse relasjonelle utfordringene. I motsetning til tidligere da den paternalistiske legerollen var den gjeldende, er det nå pasienten som skal ta beslutninger om egen helse i samråd med legen eller på bakgrunn av informasjonen legen gir. En forutsetning for at pasienten skal oppleve autonomi er at legen har profesjonelle kommunikasjons- og lytteferdigheter. Uten disse ferdighetene vil legene miste tillit. Dersom pasientene ikke har tillit til legene vil profesjonen som helhet og enkeltlegene stå i fare for ytterligere kontroll fra myndighetene og ytterligere press fra pårørende og pasienter. Den nye, moderne legerollen fokuserer altså på andre kunnskaper i tillegg den rent teknisk-medisinske. Fordi sykdomsbildet har endret seg er det for leger i dag vel så viktig å ha kunnskap om smertelindrende (palliativ) medisin, forebygging av sykdom, samt mestring av kroniske lidelser. I tillegg er pasientenes stadig økende ekspertise knyttet til egne helseplager utfordrende for legen og hennes tekniske makt i lege-pasientforholdet. Dette gjelder særlig for allmennlegene som stort sett er de første som møter pasientene med varierte problemer. Sykdomsbildet blir stadig bredere samtidig som pasientenes forventninger til legenes evner blir større. Når forholdet mellom lege og pasient forandres, endres også forutsetningene for legenes autonomi – deres positive frihet. *Legeoppgavenes* endring og økning i omfang har også krevd sitt i forhold til kunnskapssammensetning – en fastlege som skriver ut sykemeldinger og resepter *må* kjenne myndighetenes bestemmelser. Dette er trolig forklaringen på samspillet mellom arbeidssted og innsikt i regler og bestemmelser som vi så i figur 5.2. I tillegg vil arbeidsplasser hvor slike beslutninger foretaes legge til rette for at legen kan erfare autonomi dersom hun får ta disse avgjørelsene på egenhånd. Dette kan også være en forklaring på resultatene i analysen – leger som jobber utenfor sykehus føler seg mindre autonome dersom de jobber steder hvor man ikke behøver å ha innsikt i regler og bestemmelser. Mangel på behov for en slik type kunnskap kan også bety at arbeidsplassen ikke legger til rette for at den enkelte lege skal kunne ta beslutninger på egenhånd.

En eventuell avvisning av den nye legerollen, slik Aasland og Light (2003) beskriver den, vil trolig bero på at man ikke ønsker å gi opp den tradisjonelle legerollen, men i større grad identifiserer seg med den, og opplever den tradisjonelle praksisen med dens tilhørende

bestemmelser som mer legitim. En mulig årsak til en slik avvisning kan være at man tidligere kunne konsentrere seg om medisinsk-teknisk kunnskap alene, og at man ikke ønsker å tilegne seg kunnskap om administrering og økonomi for å kunne oppfylle statens nye krav til helseforetak.

Legene med bred kunnskap i undersøkelsen hadde betydelig høyere skårer på autonomi sammenlignet med de som rapporterte lite bred kunnskap. En slik bredde i kunnskap og forståelse kan gjøre en ny legerolle lettere å akseptere. Dersom man ser utviklingen av legerollen i lys av strukturelle og historiske endringer, kan man lettere forstå hvorfor den eksterne kontrollen har blitt mer fremtredende, hvorfor økonomiske hensyn har blitt viktigere og hvorfor pasientens rettigheter er lovfestet. En lege som forstår og kjenner til bakgrunnen for disse endringene vil lettere kunne føle seg autonom, til tross for at hun må tenke økonomi i prioriteringene hun gjør i arbeidet, og følge gitte prosedyrer til gitte diagnoser. I tillegg til å fokusere på at forskningsbasert kvalitet og krav om fremgangsmåter gir enkeltlegen mindre rom for skjønnsutøvelse, må man samtidig ha i minnet at standardisering og forskningsbasert praksis gir legene økt tillit fra myndigheter og pasienter. Den nye legerollen og den medisinske profesjons strategi for å opprettholde sin posisjon har derfor muligens mindre negativ innvirkning på enkeltlegens autonomi enn tidligere antatt.

Tillit styrker profesjonelles autonomi

Legenes autonomi er antatt utfordret både fra myndighetene og befolkningen forøvrig. Aasland og Light (2003) hevder at profesjonaliteten til legene ”gjenfødes” i måten de har møtt disse utfordringene fra myndighet og befolkning på – nemlig dokumenterbarhet, fokus på legens rolle og pasientenes rettigheter i lege-pasientforholdet. Hvis man tenker seg den nye legerollen som en konsekvens av kritikk og krav fra samfunnet utenfor medisinen, vil grad av tilpasning til denne legerollen være talende for hvordan den enkelte lege møter disse utfordringene. En slik tilpasning behøver altså ikke å ha negativ innvirkning på legens autonomi dersom hun selv har akseptert betingelsene som følger med tilpasningen til den nye legerollen.

I kapittel 3 ble det forklart hvordan legenes autonomi både på gruppenivå og individnivå er avhengig av at folket og myndighetene har tillitt til legene. Fordi legene i undersøkelsen opplever sterk grad av autonomi arbeidet, er det sannsynlig at de blir møtt med tillit fra pasientene. I forlengelsen av dette vil det være rimelig å anta at leger som stort sett blir møtt med mistillit vil føle seg mindre autonome. Det er altså lite sannsynlig at en lege

hvis organisasjon har mistet tillit fra staten, og som i yrkesutøvelsen møter mistillit fra pasienter og pårørende, vil komme til å rapportere at hun kan ta mange beslutninger på egenhånd og jobbe selvstendig i arbeidet⁸¹. Kan de positive resultatene i undersøkelsen tyde på at tilliten til legene som enkeltpersoner og medisinen som profesjon ikke har forvitret i motsetning til det Fugelli (2001) beskriver?

Freidson (1970, 1986, 1994) beskrev hvordan den medisinske profesjon søkte å opprettholde sin posisjon og tillit ved å reorganisere seg, og ved å fokusere på bruken av evidensbasert medisin. Grimen (2001) oppgav nettopp kunnskap og effektivitet som en av mulighetene profesjonelle har til å reparere eventuell svekket tillit. Det ser ut til at legene i utvalget er svært bevisste behovet for ulike former for kompetanse – at de bedømmer relasjonelle ferdigheter omtrent like nødvendig som yrkesspesifikke er for eksempel med på å legitimere profesjonens og enkeltlegenes autonomi. Tillitsreparasjon gjennom en endret organisering av teknisk-medisinsk kompetanse har vakt debatt både i og utenfor fagmiljøet⁸². Bekymringen går ut på at den enkeltes profesjonelle autonomi må vike til fordel for fellesskapets tillitsbygging og autonomi. På denne måten mente Freidson at legene ikke mistet verken tillit eller autonomi som profesjon, men at *enkeltlegene* fikk strengere arbeidsforhold.

Hvorvidt og i hvilken grad tilliten til medisinen og legestanden faktisk er svekket er vanskelig å stadfeste da denne diskusjonen er klart tosidig. På den siden er det stadig flere mediereportasjer om uforsvarlig praksis blant leger. På den andre siden hører er det stadig medisinskfaglige fremskritt og mirakelhistorier fra pasienter som har fått legehjelp og blitt friske. Det er likevel tydelig at myndighetene har følt behov for å øke kontrollen innad i profesjonen, og dette skyldes antakelig at tilliten til profesjonens evne til intern-kontroll er kraftig redusert. Man må sette visse rammebetingelser for profesjonens virke, særlig fordi store deler av helsetjenestedriften finansieres av befolkningens skattepenger over statsbudsjettet. Kritikerne har pekt på at denne økende kontrollen over den enkelte lege både internt (fra profesjonen) og eksternt (fra staten) fører til dårligere muligheter for å utøve god medisin og dermed økende misnøye blant leger (Førde 2003; Lian 2003; Nyborg 2007). Spørsmålet er om kritikernes fokus på konsekvensene av kontroll er for ensidig negativt.

Dworkin (1988) beskrev at man er avhengig av frihetsbegrensninger, rammer, for at man skal kunne utøve skjønn overhodet. Slik er ikke positiv frihet *handlingsbegrensende*, men heller noe som *muliggjør* handling. Tiltakene for økt kontroll over legenes virke har kommet som en reaksjon på hendelser som har vist at profesjonen ikke i tilstrekkelig grad har

⁸¹ Pårørende som ikke viser legen tillit kan være svært utfordrende å hankses med.

⁸² Senter for Profesjonsstudier viet i 2007 en hel konferanse til diskusjoner om evidensbasert praksis.

klart å ”holde orden i eget hus”⁸³. I tillegg til å fokusere på de negative følgene av kontrollen legene utsettes for, er det viktig å huske at denne kontrollen er ment å ha en positiv effekt. Når legene oppfyller krav fra myndighetene om effektivitet, pasientrettigheter og dokumenterbarhet, gjenvinnes tillit. Profesjonens samlede evne til å gjenvinne denne tilliten vil igjen virke positivt på den enkelte lege, fordi pasienter og pårørende *stoler* på legen og har tillit til organisasjonen legen er en del av. Standardisering og forskningsbasert praksis gjør altså at legene gjennom økt tillit fra både myndigheter og befolkningen, enkeltlegen blir møtt med større tillit i møtet med pasienter. Pasientene stoler på at legene er oppdaterte kompetansemessig og at legen klarer å kombinere ny kunnskap med erfaringsbasert kunnskap. Kritikerne av evidensbasert praksis frykter at den erfaringsbaserte kunnskapen skal miste sin verdi til fordel for ensidig fokus på resultatene av randomiserte kontrollerte forsøk. Mer sannsynlig er det at de to kan leve side om side, og at fokuset på evidens kan bidra til at legene driver kontinuerlig kompetanseoppdatering gjennom karrieren. Evidensbasert praksis, dokumenterbarhet i medisinen, samt vektleggingen av pasientens autonomi, er deler av den ”nye” medisinen som kan virke muliggjørende og skapende for de som omfavner endringene som har funnet sted. En slik bred forståelse for helsepolitikken og profesjonens strategi for å gjenvinne tillit vil kunne bidra til at den enkelte lege opplever å være autonom. Denne antakelsen finner støtte i regresjonsanalysens resultat, hvor bred kunnskap er variabelen som henger sterkest sammen med autonomi. En bredere kompetansebakgrunn i kombinasjon med akseptasjon av ”den nye legerollen” er altså trolig bakgrunnen for at de forholdsvis nyutdannede legene opplever så sterk grad av autonomi som de rapporterer.

Det har til nå blitt argumentert for hvordan helsepolitiske endringer ikke behøver å gjøre legenes arbeidshverdag verre i form av mindre autonomi, men at endringene også kan ha positiv innvirkning på legenes opplevelse av autonomi. Til slutt er det derfor nødvendig å peke på sider ved den nye helsepolitikken som *kan* være en trussel for legens autonomi.

Konklusjon

Effektivitet og evidensbasert praksis alene er trolig ikke nok for å kunne skape varig tillit mellom leger og den øvrige befolkningen. Hvis legene glemmer de mellommenneskelige forhold og viktigheten av relasjonelle og kommunikative ferdigheter, står de i fare for å etterlate pasienter med dårlige inntrykk og tapt tillit. Av de helsepolitiske endringene som er tatt opp i denne oppgaven, kan de som knytter seg til økonomiske aspekter ved medisinen

⁸³ Dette gjelder alt fra uforsvarlig legepraksis som ikke forfølges til falske forskningsresultater. Saken om de falske resultatene publisert i The Lancet fikk svært mye negativ medieomtale i begynnelsen av 2006.

være en trussel mot legenes autonomi. Dette skyldes ikke bare at det kan oppleves illegitimt for leger å måtte prioritere pasienter med vekt på økonomiske hensyn, men også at pasientene kan føle presset om effektiv drift av helseforetakene på kroppen og miste tillit til profesjonen⁸⁴. Legene i denne undersøkelsen har jobbet kort tid i yrket, og har således ikke rukket å komme inn i posisjoner hvor *de* må være portvaktene på sykehuset som bestemmer hvem som får adgang når. Lian (2003) poengterer faren ved at legen skal måtte arbeide med økonomisk styring, og faren ved å sette prislapper på ulike diagnoser. Dette kan føre til såkalt ”fløteskumming”⁸⁵. Selv leger som omfavner den nye legerollen og opplever seg selv som autonome i den, kan utfordres av økonomifokuset og pålegget om å gå i overskudd. Det er viktig at man, til tross for den økende kontrollen med profesjonen, lar leger være leger. Kanskje man i fremtiden bør være forsiktig med å dra legene lenger ut av den medisinske logikk og enda lenger inn i den økonomiske.

Legene i undersøkelsen rapporterer å være svært autonome. Men de har enda ikke rukket å bli utsatt for det økonomiske presset som har skapt problemer for til legene i Lians (2003) undersøkelse som føler det svært frustrerende å måtte ende opp med å prioritere ut i fra DRG-satser⁸⁶. For at de nye legene skal beholde den følelsen de har av autonomi mens de er under opplæring bør man dermed muligens vurdere i hvilken grad leger skal måtte drive økonomistyring av foretakene og hvor langt det er rimelig å trekke den innsatsstyrte finansieringen før den oppleves som urimelig for både leger og pasienter. Breddekunnskap og relasjonskunnskap viste tydelig positiv sammenheng med erfaringen av autonomi. Denne sammenheng styrker antakelsen om at et fokus på mellommenneskelige ferdigheter, så vel som de rent medisinsk-tekniske bør være et satsningsområde som følges opp i fremtiden.

Mellommenneskelig og bred kompetanse kan fungere som tillitsreparatør for legestanden, og føre til at eventuell opprettholdelse av legenes autonomi i fremtiden oppleves som fornuftig og legitimt fra samfunnsborgernes side.

⁸⁴ Hvis nok mennesker roper høyt om slike hendelser og i tillegg får spalteplass, går det trolig ikke lenge før det skjer noe i Helsedirektoratet (byttet navn fra Sosial- og helsedirektoratet 01.04.08).

⁸⁵ Fløteskumming skjer dersom sykehusene/foretakene tar inn de pasientene med diagnoser som gir høyest økonomisk uttelling for foretaket.

⁸⁶ Jo flere leger som er å finne i administrative stillinger, jo mer aktuell blir tesen om at leger mister sin substantive rasjonalitet til den formålsrasjonelle.

Litteraturliste

- Abbott, A. (1988): *The System of Professions. An essay on the division of expert labour*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Abrahamsen, B. (2002): *Heltid eller deltid? Kvinners arbeidstid i kvinnedominerte og mannsdominerte yrker*. Rapport 06/02. Oslo: Institutt for samfunnsforskning.
- Armstrong, D. (2002): "Clinical autonomy, individual and collective: the problem of changing doctors behavior". *Social science & medicine*, 55: 1771-1777.
- Befring, A. & A. Mikelsen (2003): "Overdragelse av legepraksis organisert som selskap". *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 123: 502.
- Berg, O. (2003): "Makt og eksistens", i Fugelli P. (red.) *Makt og Medisin*. Oslo : Maktutredningen.
- Burdi, M. & L. Baker (1999): "Physicians' perceptions of autonomy and satisfaction in California". *Health Affairs*, 4: 134-145.
- DNL (2001): *Statusrapport om situasjonen i helsetjenesten: Når du blir gammel - og ingen vil ha deg...*
Publisert på nett: <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=5191>. Lastet ned 05.03.2008.
- DNL (2005): *Rom for faglighet – til pasientens beste!* Statusrapport. Oslo: Den norske lægeforening.
- DNL (2007a): Statistikk fra Den norske lægeforening: "Yrkesaktive leger < 70 år i Norge fordelt på stilling per 1.1.2007". Publisert på nett: <http://www.legeforeningen.no/?id=113634>. Lastet ned 10.02.2008.
- DNL (2007b): *Lang, lang rekke – hvem skal vente hvem skal få?* Statusrapport. Oslo: Den norske lægeforening.
- Dworkin, R. (1977): *Taking rights seriously*. London: Duckworth. Kap. 1-3, 10.
- Ekeland, T. J. (2004): *Autonomi og evidensbasert praksis*. Arbeidsnotat 6. Oslo: Senter for Profesjonsstudier.
- Engelstad, F., I. M. Hagen, J. Svalund, Aa. E. Storvik (2003): *Makt og demokrati i arbeidslivet*. Oslo: Maktutredningen.
- Eurat, M. (2002): *Developing professional knowledge and competence*. London : RoutledgeFalmer.
- Fagforbundet (2001): "Motmeldingen". På nett: <http://www.fagforbundet.no/sykehus/arkiv/motmeld.htm>.
Lastet ned 01.07.2007.
- Falck, G., G. Brattebo, A. Brinchmann-Hansen, M. Ebbing (2003): "Selvrapportert ferdighetsnivå i praktiske prosedyrer etter turnustjeneste i distrikt". *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 123: 2265-67.
- Field, A. (2005): *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage.
- Freidson, E. (1970): *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York: Harper and Row.
- Freidson, Eliot (1986): *Professional Powers: a Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- Freidson, Eliot (1994): *Professionalism reborn: theory, prophecy and policy*. Chicago: University of Chicago Press.
- Førde, Reidun (2003): "Makt og disiplinering av legestanden", i Fugelli P. (red.) *Makt og Medisin*. Oslo: Maktutredningen.
- Fugelli, P. (2001): "Tillit". *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 121: 3621-24.

- Fugelli, P., G. Stang, B. Wilmar (2003): "Har medisinen makt?", i Fugelli P. (red.) *Makt og Medisin*. Oslo: Maktutredningen.
- Getz, L., S. Westin, B. Paulsen (1994): "Behandler og sakkyndig – mellom barken og veden? Allmennpraktikerens arbeid med uførepensjonssaker i en innstrammingstid". *Tidsskrift for Den norske lægeforening*. 114: 1435-40.
- Gjerberg, E. & O. Aasland (1999): *Bruker leger for lang tid på å spesialisere seg? En undersøkelse av Utdanningens varighet, utdanningsforhold og motiver for valg av spesialitet blant leger som ble godkjent spesialist i Norge i 1196-1997*. Oslo: Legeforeningens forskningsinstitutt.
- Gjerberg, E. (2002): *Kvinner i norsk medisin – mot full integrering? En studie av kjønnsdifferensiering i legers spesialitetsvalg*. Oslo: Arbeidsforskerinstituttet.
- Grimen, H. (2001): "Tillit og makt, tre sammenhenger". *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 121; 3617-9.
- Grimen, H. (2005): *Profesjonsetikken sitt grunnlag*. Rapport 06/05. Oslo: Senter for profesjonsstudier, HiO.
- Gulbrandsen, P., R. Førde, O. Aasland (2002): "Hvordan har legen det som portvakt?". *Tidsskrift for Den norske lægeforening*. 122: 1874-9.
- Hafferty, F.W. & D.W. Light (1995): "Professional dynamics and the changing nature of medical work". *Journal of Health and Social Behavior*, 132-153.
- Harrison, S. & G. Dowswell (2002): "Autonomy and bureaucratic accountability in primary care: What English general practitioners say". *Sociology of Health and Illness*. 24, 2: 208-226.
- Heath, I. (2005): "Women in medicine". *BMJ*. 329:412-413.
- Heggen, K. (2003): "Kunnskapssyn og profesjonsutdanning". Fra Rapport 08/03. Oslo: Senter for Profesjonsstudier, HiO
- Heggen, K. & L. J. Vik (2007): *Rekruttering, studiesituasjon og kompetanse. Ei undersøkelse av rekruttering og kvalifisering til sosialt arbeid*. Rapport 08/07, Høgskolen i Oslo og Høgskolen i Volda.
- Helse Vest (2006): *Helse 2020. Helsepersonellet – Vår viktigste ressurs*. Finnes på nett: <http://www.hf-strategi.no/docs/29Helsepersonellet-Varviktigsteressurs.pdf>. Lastet ned 12.12.2007.
- Holm, S.(2007): *Jobbtilfredshet og motivasjon blant sosialarbeidere*. Masteroppgave i sosiologi. Oslo: UiO.
- Haug, M. R. (1973): "Deprofessionalisation: An alternative hypothesis for the future". *Sociological Review*, Monograph. 195-212.
- Haug, M. R. (1988): "A Re-Examination of the Hypothesis of Physician Deprofessionalization". *The Milbank Quarterly*. 66, 2; 48-56.
- Hofmann, B. (2002): "Pasientautonomi som etisk rettesnor. En kritisk gjennomgang". *Sykepleien*. 17.
- Jacobsen, D. I. (1999): "Kan vi stole på data fra spørreskjemaundersøkelser?: en undersøkelse av responskonsistens ved bruk av spørreskjema med faste svaralternativer". *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 4: 361-389.
- Jacobsen, G. (2006): "Leger er stort sett tilfredse". *Tidsskrift for Den norske lægeforening*. 126: 283.
- Janbu, T. (2000): "Er flere kvinner i legerketten en berikelse?". *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 120: 85-7.
- Jensen J. & M. Wærsted (2004): *Arbeidsforhold av betydning for helse: Rapport om internasjonal forskning på området arbeid og helse utarbeidet av Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) som bidrag til myndighetenes videre arbeid med ny norsk arbeidslivslovgivning*. Oslo: STAMI.
- Karasek, R. (1979): "Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job

- redesign". *Administrative Science Quarterly*, 24 (2), 285-308.
- Krogstad U., M. Veenstra, I. Sjetne, R. Østhus, J. Røttingen (2002): "Sykehusorganisasjoner sett med personalets øyne". *Tidsskrift for Den norske lægeforening*. 122: 1890-4.
- Landon, B.E., J. Reschovsky, D. Blumenthal (2003): "Changes in career satisfaction among primary care and specialist physicians, 1997-2001". *JAMA*; 2389: 442-449.
- Lian, O. & J.A. Røttingen (2002): "Legen - homo economicus eller homo sociologicus?". *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 112: 1682-5.
- Lian, O. (2003): *Når helse blir en vare*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Light, D. (2003): "Towards a new professionalism in medicine: Quality, value and trust". *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, nr. 13: 123.
- Light, D. & O. Aasland (2003): "Den nye legerollen – kvalitet, åpenhet og tillit". *Tidsskrift for Den norske lægeforening*. 123:1870-3.
- Lov om helseforetak (2001): URL: <http://www.lovdatab.no/all/nl-20010615-093.html>. Lastet ned 01.07.2008.
- Lurie, N., K. L. Margolis, P. G. McGovern, P. J. Mink, & J. S. Slater (1997): "Why Do Patients of Female Physicians Have Higher Rates of Breast and Cervical Cancer Screening?" *Journal of General Internal Medicine*, 12: 34-43.
- McKinlay, J.B. & J. Arches (1985): "Towards the proletarianization of physicians" *International Journal of Health Services*, 15: 161-95.
- McKinlay, J.B. & J.D. Stoekle (1988): "Corporatization and the social transformation of doctoring". *International Journal of Health Services*, 18, 2, 191-205.
- Mirvis, D. (1993): "Physicians' autonomy". *The New England journal of Medicine*, 329: 1048.
- Moshagen, K. (2008): "30 flere leger på et år". Artikkel publisert på nett: <http://www.oa.no/innlandet/article3379001.ece>. Lastet ned 05.03.2008.
- NKF (2000): "Markedet kan ikke styre. Sykehus er for folk! Tilknytningsformer for offentlige sykehus". Rapport, publisert på nett: <http://www.fagforbundet.no/omstilling/rapporter/sykehus.htm>. Lastet ned 10.04.08.
- NOU (2003): "Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten". Nr. 1. Tilgjengelig på nett: <http://www.regjeringen.no/Rpub/NOU/20032003/001/PDFS/NOU200320030001000DDDPDFS.pdf>. Lastet ned 10.04.08.
- NOU (1987): "Sykehustjenester i Norge". Nr. 25. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning.
- Nyborg, G. (2007): "En fastleges erfaringer". *Michael* 4: 162-73.
- Nygren, P. (2004): *Handlingskompetanse. Om profesjonelle personer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nylund, H. (2002): "Ny studiemodell best for kvinner". Publisert på nett: <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2002/12/19/ny-studiemodell-best-for-kv/>. Lastet ned 12.12.2007.
- Perry, G.R. (1986): "Myth or reality: Autonomy of RNs". *Nursing success today*. 3 (9), 23-24.
- Pettersen, B. & R. Johnsen (2007): "Legers oppfatning av samhandlingen mellom nivåene i helsetjenesten". *Tidsskrift for Den norske lægeforening*. 127: 565-8.
- Rafferty, A.M., J. Ball, L.H. Aiken (2001): "Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care?". *Quality health care*, 10: 32-37.

- Ringdal, K. (2001): *Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ritzer, G. & D. Walczak (1988): "Rationalization and the Deprofessionalization of Physicians". *Social Forces*, 67; 1.
- Roter, D. L., J. A. Hall, Y. Aoki (2002): "Physician gender effects in medical communication: A meta-analytic review". *JAMA*, 288: 756-764.
- Røhme, K. & L. Kjekshus (2001): "Når tiden telles - sykehuslegers tidsbruk og arbeidsoppgaver". *Tidsskrift for Den norske lægeforening*. 121: 1458-61.
- Samnordisk Arbetsgrupp (2006): *Den framtidiga läkararbetsmarknaden i de nordiska länderna*. Norden: Samnordisk arbetsgrupp för prognos- och specialistutbildningsfrågor.
- Schei, E., A. Børheim, E. Meland (2000): "Klinisk kommunikasjon: Et strukturert undervisningsopplegg". *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 120: 2258-61.
- Schei, E. (2001): "Menneskekunnskap som klinisk kompetanse". *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 121; 1122-5.
- Schei, E. (2003): "Makt i lege-pasientforholdet", i Fugelli P. (red.) *Makt og Medisin*. Maktutredningen, Oslo.
- Schulz R., C. Girard, W.E. Sheckler (1992): "Physician satisfaction in a managed care environment". *Journal of Family Practice*, 34: 298.
- Schulz R, W.E. Scheckler, D.P. Moberg, P.R. Johnson (1997): "Changing nature of physician satisfaction with health maintenance organization and fee-for-service practices". *Journal of Family Practice*, 45: 321-330.
- Schutzenhofer, K. & D. Musser (1994): "Nurse characteristics and professional autonomy". *Journal of nursing scholarship*. 26 (3): 201-204.
- Skog, O. J. (2005): *Å forklare sosiale fenomener: en regresjonsbasert tilnærming*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sosial og helsedirektoratet (1999): "Verdimeldinga". Statsmelding nr. 26 (1999-2000). På nett: <http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/19992000/026/PDFA/STM199920000026000DDDPDFA.pdf>
Lastet ned 01.07.2007.
- Sosial og helsedirektoratet (2005): *Evaluering av fastlegereformen 2001-2005. Sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter*. URL:http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00007/rapport_7350a.pdf
Lastet ned 10.09.2007.
- Stoddard, J., J. Harhaves, M. Reed, A. Vratil (2001): "Managed Care, professional autonomy, and income. Effects on physician career satisfaction". *Journal of General Internal Medicine*, 16: 675-684.
- Svabø, H.M. (1996): "Nyttårstanker". *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 116: 115.
- Svalund, J. (2003): "Organisering, autonomi og arbeidstempo". *Søkelys på arbeidsmarkedet*. Oslo: Institutt for samfunnsforskning.
- Taraldset, A. (2003): "Allmennleger – antall og utvikling – 1995-2003". *Utposten*, nr. 4.
- Tranøy, K. E.(1991): *Medisinsk etikk i vår tid*. Bergen: Sigma forlag.
- Ulrich, C., K. Soeken, N. Miller (2003): "Predictors of nurse practitioners' autonomy: Effects of organizational,

- ethical and market characteristics". *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 15: 319-325.
- Virtanen, P., T. Oksanen, M. Kivimäki, M. Virtanen, J. Pentti, J. Vahtera (2007): "Work stress and health in primary care physicians and hospital physicians". *Occupational Environment*. Publisert på nett 28.11.07. URL: <http://oem.bmj.com/cgi/rapidpdf/oem.2007.034793v1> Lastet ned: 13.04.08.
- Vultée, P.J., R. Axelsson, B. Arentz (2004): "Individual and organizational well-being of female physicians-an assessment of three different management programs". *Medscape general medicine*. 21; 6, 4.
- Wallace, J. E. (1995): "Organizational and professional commitment in professional and non-professional Organizations". *Administrative Science Quarterly*, 40, 228-255.
- Weber, M. (1971): *Makt og byråkrati*. Oslo: Gyldendal.
- Westin, S., L. Getz, B. Paulsen (1994): "Behandler og sakkyndig - mellom barken og veden? Allmennpraktikerens arbeid med uførepensjonssaker i en innstrammingstid". *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 114: 1435-40.
- Wiers-Jenssen, J. & O. Aasland (2001): "Norske medisinstudenter i utlandet - bakgrunn, studieinnsats og tilfredshet". *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 121: 1671-6.
- Wyller, V. (2000): "Gi keiseren hva keiserens er...". *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 120: 3062-5.
- Aarseth, H. P. (1999): "Legers autonomi". *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 119: 1819.
- Aasland, O. (1997): "Eliteleger og grasrotleger – en økende konflikt?". *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 117: 920.
- Aasland, O. (2006): "Legerollen – fra pdestall til skammel". *Tidsskrift for Den norske lægeforening*. 126: 61-2.

Antall ord i oppgaven: 36304

Alle kilder som er brukt i denne oppgaven er oppgitt.